



UNIVERSITE SULTAN MOULAY SLIMANE

Faculté des Sciences et Techniques

Béni-Mellal



Centre d'Études Doctorales : Sciences et Techniques

Formation Doctorale : **Ressources Naturelles, Environnement ET Santé**

THÈSE

Présentée par

CHAHID HICHAM

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR

Spécialité : Biologie

Option : Neurosciences, Education Et Santé

Evaluation des habitudes de vie et de l'état de santé mentale en relation avec la performance scolaire chez des lycéens marocains de la région de Béni Mellal

Soutenue le 17/12/2018 à 09h devant la commission d'examen :

Professeur Fatiha CHIGR , Université Sultan Moulay Slimane, F.S.T. Béni-Mellal, Maroc	Président/ Rapporteur
Professeur Youssef ABOUSSALEH , Université Ibn Tofaïl, F.S. Kénitra, Maroc	Rapporteur
Professeur Abdelchahid LOUKILI , CREMEF, Rabat	Rapporteur
Professeur Lahoucine BAH I, Université Sultan Moulay Slimane, F.S.T. Béni-Mellal, Maroc	Examineur
Professeur Ahmed AHAMI , Université Ibn Tofaïl, F.S. Kénitra, Maroc	Co-directeur de thèse
Professeur Mohamed NAJIMI , Université Sultan Moulay Slimane, F.S.T. Béni-Mellal, Maroc	Directeur de thèse

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à exprimer toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude au Professeure **Fatiha CHIGR** d'avoir accepté de présider et de juger ce travail. Je tiens aussi à lui exprimer mon profond respect et ma très haute considération.

J'aimerais remercier vivement mon directeur de recherche, Professeur **Mohamed NAJIMI**, pour la qualité de sa supervision et pour le support apporté tout au long de cette étude. Son expertise et sa rigueur, de même que son humanisme et sa confiance qu'elle m'a témoignée ont contribué grandement à la réalisation de ce projet.

Je tiens à adresser mes sincères remerciements à mon directeur de recherche, professeur **Ahmed OMAR TOUHAMI AHAMI**, Professeur à la faculté des sciences de Kenitra et Directeur du laboratoire de Neurosciences et Nutrition. Qu'il trouve dans ce travail l'assurance de mon profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance pour tous les efforts et les sacrifices qu'il ne cesse d'employer pour notre bien.

*Je remercie également le professeur **Lahoucine BAH**I, professeur à la Faculté des Sciences et Techniques de Béni Mellal, pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant de juger ce travail. Je tiens aussi à lui exprimer ma grande reconnaissance et mon profond respect.*

*Je remercie aussi le professeur **Abdelchahid LOUKILI** professeur au CREMEF de Rabat, pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant de juger ce travail. Je tiens également à lui exprimer ma grande reconnaissance et mon profond respect.*

*Je remercie également le professeur **Youssef ABOUSSALEH**, professeur à la Faculté des Sciences de Kenitra, pour le grand honneur qu'il me fait en acceptant de juger ce travail. Je tiens aussi à lui exprimer ma grande reconnaissance et mon profond respect.*

Je tiens à remercier Mr. **Marouane MAAMORI** pour son soutien et son implication dans l'élaboration de ce travail.

Mes vifs remerciements vont à Mme **Hind DINARI**, Mr. **Anis FARHANE**, Mr. **Hassan SEMMA**, Mr. **Mohamed BELFELLAH**, Mr. **Tarik JOHAR** et Mr. **Brahim BAYCHOU**. Veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

Mes remerciements les plus vifs vont à tous les **directeurs** et **enseignants** qui ont contribué de près ou de loin pour réussir ce travail de recherche.

Je remercie, surtout, les **élèves** qui ont participé volontairement à la réalisation de ce travail.

Liste des abréviations

OMS	:	Organisation mondiale de la santé
DSM-IV	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HAS	:	Haute autorité de santé
TOC	:	Trouble obsessionnel-compulsif
APA	:	American Psychiatric Association
AACAP	:	American Association of Child and Adolescent Psychiatry
MBI	:	Maslach Burnout Inventory
SBI	:	school Burnout Inventory
CSQ	:	Centrale des syndicats du Québec
PNNS	:	Plan national nutrition et santé
IMC	:	Indice de masse corporelle
F & L	:	Fruits et légumes
SSE	:	Statut socioéconomique
MCV	:	Maladies cardiovasculaires
WCRF	:	World Cancer Research Fund
CIM	:	Classification Internationale des Maladies
ET	:	Ecart type
SPI	:	Schéma précoce inadapté
H	:	Haute
M	:	Moyenne
B	:	Basse
BO	:	Burnout
EE	:	Epuisement émotionnel
INAD	:	Inadéquation à l'école
E.S	:	Estime de soi
1 ^{ere} AB L	:	Première année du Baccalauréat littéraire
1 ^{ere} AB SC	:	Première année du Baccalauréat scientifique
2 ^{ème} AB SC	:	Deuxième année du Baccalauréat scientifique
QSSP	:	Questionnaire du soutien social perçu
SPSS	:	Logiciel de statistiques pour les sciences sociales (Statistical Package for the Social Sciences)

Résumé :

Le travail de thèse présenté ici s'intéresse à l'estimation de l'état de santé mentale, hygiène de vie et schémas précoces inadaptés chez des lycéens de la région de Béni Mellal au Maroc. Il s'agit de la première étude dans la région visant à estimer la prévalence de certains troubles mentaux au sein d'une population d'élèves, et de décrire quelques habitudes de vie susceptibles d'altérer le parcours scolaire de ces adolescents tout en approchant dans les origines des problèmes psychologiques par le biais de l'étude des schémas précoces inadaptés. Cette étude a été menée auprès de 2296 lycéens de la Région de Béni Mellal au centre du Maroc et fréquentant des établissements scolaires publics. Les participants ont été invités à compléter une version papier des questionnaires après que les objectifs de l'étude aient été présentés et que les élèves aient été informés du caractère volontaire et anonyme de leur participation.

Les résultats ont montré que la prévalence de quelques indices de santé mentale était élevée avec une faible estime de soi (70,5%), une Anxiété jugée extrême (37%), des niveaux de stress (21,5%) et de dépression (29,5%) élevés. Les résultats du "Burnout" scolaire ont montré que le taux est élevé par rapport aux résultats d'autres études.

La relation entre ces indices de santé mentale, montre qu'il y a une corrélation positive entre ces indices (Dépression, anxiété, stress et "Burnout scolaire") deux à deux, et une corrélation négative entre ces indices et l'estime de soi. D'une autre part, la présente étude a montré que les filles sont plus épuisées, plus déprimées, plus anxieuses, plus stressées et ont moins d'estime de soi que les garçons. D'autres résultats concernant la perception de l'image corporelle, montrent que 67,5% des élèves confirment être non-satisfaits de leur image corporelle. Concernant la relation entre les résultats de la prévalence de ces indices de santé mentale et la performance scolaire, nous avons relevé que l'estime de soi et le "Burnout" scolaire étaient les facteurs qui impactent négativement cette performance scolaire. De même, les risques suicidaires représentent un problème sérieux qui nécessite une vigilance de la part des responsables de l'éducation et ceux de la santé. Ainsi, 29% des lycéens ont confirmé avoir eu des idées suicidaires, et 5,5% des participants à l'étude, ont confirmé même avoir déjà fait une tentative de suicide. L'étude a montré aussi qu'une faible estime de soi, une anxiété extrême et une dépression grave sont les paramètres qui prédisent le plus la survenue des idées suicidaires, quant aux tentatives de suicide, elles sont plutôt prédis par une faible estime de soi et une dépression grave.

Nos résultats concernant les habitudes alimentaires, ont montré que le profil alimentaire des élèves de la région de Béni Mellal est caractérisé par une priorité aux "fruits et légumes" et aux "pains et produits céréaliers", avec une fréquence de consommation de quatre fois par jour. D'autre part, nous avons soulevé quelques habitudes qualifiées de "non-saines", chez ces lycéens, comme le saut du petit déjeuner et la consommation fréquente des repas de type « fast-food ». L'étude n'a pas soulevé de problèmes majeurs au niveau du mode de vie, mais relève la présence de quelques mauvaises habitudes qui s'installent progressivement et qui peuvent être nocifs à la vie scolaire dans l'avenir, notamment, le temps consacré aux écrans (Ordinateur, téléphone portable, télévision...).

En ce qui concerne les schémas précoces, les schémas « attachement » et « sens moral implacable » avaient les moyennes les plus élevées. Ainsi, nous avons enregistré une moyenne de 4,18 pour le schéma « attachement » et une moyenne de 4,41 pour le schéma « sens moral implacable ». La différence de moyennes entre ces deux schémas et les autres schémas a montré que la différence était significative entre la moyenne du schéma « attachement » et toutes les autres moyennes ($p < 0,05$) à l'exception de la différence avec la moyenne du schéma « Inhibition émotionnelle » et du schéma « sens moral implacable » ($p > 0,05$). Et pour le schéma « sens moral implacable », nous avons relevé que la différence de moyennes n'était significative qu'avec le schéma « méfiance » ($p < 0,05$). Le schéma « attachement » renseigne sur l'incapacité de ces élèves de se détacher de l'opinion et des influences des autres, surtout des parents. Cette situation peut mener l'élève à une dépendance aux autres au dépens de ses propres besoins, par exemple, lors de l'orientation pédagogique, où le souci de satisfaire ses parents, l'élève leur laisse la décision de son orientation. La moyenne élevée du schéma « sens moral implacable » renseigne sur un désir, de l'élève, de perfection et une incapacité à être satisfait par ses actions. Ainsi, l'élève peut sentir une gêne lors des comparaisons avec les autres et un manque de confiance en soi.

En conclusion, la santé mentale doit être prise en compte pour la réussite du cursus scolaire et une des priorités de l'éducation dans cette région à côté de la promotion d'un mode de vie sain pour réduire les risques liés à la santé et à la réussite scolaire des élèves.

Mots-clés : Santé mentale ; mode de vie ; habitudes alimentaires ; "Burnout" scolaire ; schémas précoces inadaptés ; Estime de soi ; dépression ; anxiété ; stress ; risque suicidaire.

Abstract :

This dissertation has worked on the estimation of the state of mental health, lifestyle and early maladaptive schema among high school students in the region of Beni Mellal in Morocco. This is the first study in the region to estimate the prevalence of certain mental disorders in a student population, and to describe some lifestyle habits that may alter the educational path of these adolescents, via dealing with the origins of psychological problems through the study of maladaptive early schemas.

This study was conducted among 2296 public high school students from the Beni Mellal Region. These participants were asked to complete a paper version of the questionnaires given that the objectives of the study were presented and the students were informed of the voluntary and anonymous nature of their participation.

The results showed that the prevalence of some mental health indices was high with low self-esteem (70.5%), extreme anxiety (37%), stress levels (21.5%) and high depression (29.5%). The results of the school Burnout showed that the rate is high compared to the results of other studies.

The relationship between these indices of mental health shows that there is a positive correlation between each two of them (depression, anxiety, stress and "school burnout"), and a negative correlation between these indices and self-esteem. This study has also shown that girls are more exhausted, more depressed, more anxious, more stressed and have lower self-esteem than boys. Other findings concerning the perception of body image show that 67.5% of students confirm that they are not satisfied with their body image.

Regarding the relationship between the prevalence results of these mental health indices and school performance, we found that the latter was impacted negatively by self-esteem and school burnout. Similarly, suicidal risk is a serious problem that requires vigilance on the part of education and health officials. Thus, 29% of high school students confirmed having suicidal thoughts, and 5.5% of study participants confirmed that they had already made a suicide attempt. The study also showed that low self-esteem, extreme anxiety, and severe depression are the most predictable factors of suicidal thoughts, and that suicide attempts tend to be predicted by low self-esteem and a serious depression.

Our results concerning eating habits have shown that the food profile of students in the Beni Mellal region is characterized by a priority for "fruits and vegetables" and "breads and cereal products", with a consumption frequency of four meals a day. We also raised some habits described as "unhealthy" among these high school students, such as the negligence of breakfast and the frequent consumption of the meals of the "fast-food" type. The study did not raise any major lifestyle issues, but notes the presence of some bad habits that are gradually settling down and may be harmful to school life in the future, including time spent screens (computer, mobile phone, television ...).

Concerning early maladaptive schemes, the "attachment" and "unrelenting standards" had the highest averages. Thus, we noticed an average of 4.18 for the "attachment" schema and an average of 4.41 for the "unrelenting standards" schema. On one hand, The difference in averages is significant ($p < 0,05$) only between "unrelenting standards" and "mistrust" schemes. On the other hand, this difference is significant ($p < 0,05$) between "attachment" and all the other schemes except two of them which are the "unrelenting standards" and the "emotional inhibition".

This schema "attachment" informs about the inability of these students to detach themselves from the opinion and influences of others, especially parents. This situation can lead the student to depend on others at the expense of his own needs, for example, during the pedagogic orientation, where the concern to satisfy his parents, the pupil leaves them the

decision of his orientation. The high average of the "unrelenting standards" scheme informs a student's desire for perfection and an inability to be satisfied by his actions. Thus, the student may feel embarrassed when it comes to comparison with others and undergoes a lack of self-confidence.

To conclude, mental health must be taken into account for the success of any schooling process and should be one of the priorities of education in this region, alongside the promotion of a healthy lifestyle to reduce the risks related to health and students' academic success.

Keywords : mental ; health ; lifestyle ; eating habits ; school Burnout ; early maladaptative schema ; self-esteem ; depression ; anxiety ; stress ; suicidal risk.

ملخص:

يندرج هذا البحث في إطار الدراسات المرتبطة بتقييم وضعية الصحة النفسية، نمط العيش السليم و المخططات المبكرة غير المتأقلمة لدى تلاميذ المستويات التأهيلية في منطقة بني ملال. يتعلق الامر بأول دراسة من نوعها في الجهة و التي تتوخى تقييم مستويات بعض الاضطرابات النفسية لدى التلاميذ، مع وصف بعض مظاهر العيش التي يمكن أن تؤثر على المسار الدراسي للتلاميذ، مع البحث في الاصول السيكولوجية لهذه المشاكل النفسية عبر دراسة المخططات المبكرة غير المتأقلمة. همت هذه الدراسة 2296 من تلاميذ التعليم الثانوي التأهيلي المنتمون لمؤسسات عمومية في منطقة بني ملال وسط المغرب. المشاركون عملوا، طواعية، على تعبئة مجموعة من الاستمارات الورقية، بعد أن تعرفوا على أهداف البحث و عن سرية المعلومات الشخصية التي يمكن أن يدلوا بها من خلال تعبئة الاستمارات. نتائج هذا البحث بينت على أن نسب انتشار بعض الاضطرابات النفسية مرتفعة عند تلاميذ هذه المنطقة، حيث تم تسجيل 70,5% من التلاميذ يعانون من نقص في تقدير الذات، 37% يعانون من قلق حاد، 21,5% يعانون من مستويات عالية من الاجهاد و 29,5% من هؤلاء التلاميذ لديهم مستويات مرتفعة من الاكتئاب. فيما يخص الارهاق الدراسي، فقد تبين أن نسبته مرتفعة بالمقارنة مع نتائج دراسات أخرى. إن العلاقة بين مختلف هذه الاضطرابات النفسية قد بينت أن هناك ارتباط موجب ووثيق بينها مثنى مثنى، وخصوصا الاكتئاب، القلق، الاجهاد و الارهاق الدراسي، بينما الارتباط بينها و بين تقدير الذات فهو سالب. إضافة إلى ذلك، فقد تبين من خلال هذه الدراسة على أن الاناث أكثر عرضة لهذه الاضطرابات النفسية من الذكور. نتائج اخرى مرتبطة بادراك صورة الجسم أبانت أن 67,5% من التلاميذ عبروا عن عدم رضاهم عن صورة جسمهم. أما فيما يتعلق بالعلاقة بين مستويات انتشار هذه الاضطرابات النفسية و التحصيل الدراسي، فقد تبين أن ضعف مستويات تقدير الذات و ارتفاع الارهاق الدراسي عند التلاميذ يؤثران سلبا في النتائج الدراسية. من جهة اخرى، فالمخاطر المرتبطة بالسلوكيات الانتحارية تمثل مشكلا جادا ينبغي اخذه بعين الاعتبار من طرف مسؤولي التربية و التكوين وكذا مسؤولي الصحة في هذه المنطقة، فقد تم تسجيل 29% من التلاميذ الذين تراوهم افكار انتحارية، و 5,5% منهم عبروا عن قيامهم بمحاولة انتحار فيما سبق. و قد تبين ان نقص تقدير الذات و القلق الحاد و الاكتئاب هي العوامل الاكثر مساهمة في مراودة الافكار الانتحارية للتلاميذ، بينما هذه العوامل تقتصر فقط على نقص تقدير الذات و الاكتئاب فيما يخص المحاولات الانتحارية.

النتائج المرتبطة بالعوادات الغذائية، بينت أن النمط الغذائي لتلاميذ منطقة بني ملال يتميز بأولوية "الفواكه و الخضر" و "للخبز و مشتقات القمح" عبر اربع وجبات غذائية يومية. من جهة أخرى، بينت هذه الدراسة تعاظم التلاميذ لبعض العادات "غير السليمة" كعدم تناول وجبة الفطور و استهلاك الوجبات الخفيفة. و على مستوى نمط العيش، لم يتم تسجيل مشاكل كبيرة باستثناء سرعة انتشار بعض العادات السيئة، كتحصيل وقت كبير للتلفاز، الحاسوب و الهاتف المحمول، و التي من شأنها أن تؤثر سلبا على الحياة المدرسية للتلاميذ.

فيما يتعلق بالمخططات المبكرة غير المتأقلمة، فمخططا "الارتباط" و "الحس الاخلاقي الصارم" سجلت أعلى المعدلات حيث حصلنا على 4,18 و 4,41 على التوالي. فارق المعدلات بين هذين المخططين و باقي المخططات الاخرى أبان على أن معدل مخطط "الارتباط" يفوق بشكل كبير معدل باقي المخططات باستثناء مخطط "الحس الاخلاقي الصارم" و مخطط "التثبيط العاطفي" حيث الفارق غير معبر. و فيما يخص مخطط "الحس الاخلاقي الصارم" فالفارق كان معبرا فقط بين معدله و معدل مخطط "عدم الثقة". إن مخطط "الارتباط" مؤشر على عدم قدرة التلاميذ على التحرر من رأي الاخرين، خاصة الاباء. هذه الوضعية يمكن ان تؤدي بالتلميذ للتبعية للآخر على حساب حاجياته الخاصة، فمثلا لارضاء الاباء فيما يتعلق بالتوجيه المدرسي، يمكن للتلميذ أن يترك لهم القرار في هذه العملية. اما فيما يتعلق بمخطط "الحس الاخلاقي الصارم" فإن ذلك يدل على رغبة التلميذ في الكمال و غياب القدرة على الرضى بالاعمال و الاشغال التي يقوم بها، في هذه الحالة يمكن للتلميذ أن يحس بنقص في الثقة بالنفس و الانزعاج عند مقارنته بالآخرين.

كخلاصة، فالصحة النفسية عامل مهم ينبغي أخذه بعين الاعتبار ووضعه ضمن الاولويات لانجاح المسار الدراسي للتلاميذ في هذه المنطقة، بالإضافة الى تطوير نمط عيش سليم للتقليل من الاخطار المرتبطة بالصحة و التحصيل الدراسي للتلاميذ.

الكلمات المفتاح: الصحة النفسية ؛ نمط العيش ؛ العادات الغذائية ؛ الارهاق الدراسي ؛ المخططات المبكرة الغير متأقلمة ؛ تقدير الذات ؛ الاكتئاب ؛ القلق ؛ الاجهاد ؛ السلوكيات الانتحارية.

Table des matières

Remerciements	II
Liste des abréviations	IV
Résumé :	V
Abstract :	VII
:ملخص:	IX
Table des matières	X
Introduction	1
Chapitre 1 :	3
Synthèse bibliographique	3
Partie I :	4
I. Habitudes de vie	4
I.1. Habitudes alimentaires :	4
I.2. Déterminants sociodémographiques et économiques de l'alimentation	4
I.3. Conséquences de l'alimentation sur la santé :	6
I.4. Plan National Nutrition Santé (PNNS)	7
I.5. Anthropométrie et IMC :	7
I.6. Obésité :	8
I.7. Alimentation et croissance	9
Partie II :	11
I. La santé mentale des adolescents	11
I.1. La notion de « santé mentale » :	11
I.2. Troubles mentaux :	11
I.3. Prévalence :	12
II. Estime de soi et risque suicidaire	13
II.1. Estime de soi	13
II.1.1. Définition : Historique	13
II.1.2. Image du corps et acceptation sociale :	14
II.1.3. Estime de soi et troubles psychiatriques	15
II.1.4. Estime de soi et rendement	16
II.2. La crise suicidaire	16
II.2.1. Définition	16
II.2.2. Principaux facteurs de risque suicidaire	17
II.2.3. LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE	18
II.3. Risque suicidaire et estime de soi	19
III. Anxiété	20
III.1. Définition	20

III.2. Les troubles anxieux-----	22
III.3. Causes -----	25
III.4. Prévalence -----	25
III.5. Anxiété et dépression-----	26
III.6. Anxiété et cognition -----	27
III.7. Les conséquences des troubles anxieux -----	27
IV. Stress-----	29
IV.1. Stress -----	29
IV.2. Les stresseurs-----	30
IV.3. Les effets du stress -----	30
IV.4. La gestion du stress-----	32
V. Dépression -----	32
V.1. Concept de la dépression -----	32
V.2. Modèle cognitif de la dépression d’Aaron Beck -----	33
V.3. Facteurs scolaires associés à la dépression à l’adolescence -----	34
V.4. Facteurs de risque-----	35
V.5. Prévalence -----	37
VI. Burnout scolaire-----	37
VI.1. Historique -----	37
VI.2. Concept de Burnout -----	39
VI.2.1. Définitions-----	39
VI.2.2. Un syndrome tridimensionnel -----	39
VI.2.3. Le Burnout scolaire -----	40
VI.2.4. Echelles de mesure -----	41
VI.3. Facteurs de risque-----	42
VI.4. Conséquences du Burnout-----	42
VI.5. Burnout et stress -----	43
VI.6. Burnout et dépression -----	44
Partie III : -----	45
I. Les schémas précoces inadaptés -----	45
I.1. Concept de schémas : -----	45
I.2. Origines :-----	46
I.3. Evènements déclencheurs :-----	46
I.4. Stratégies d’adaptation dysfonctionnelles-----	47
I.4.1. La soumission -----	47

I.4.2. L'évitement -----	47
I.4.3. La compensation -----	47
I.5. Maintien des schémas -----	48
Chapitre 2 : -----	49
Méthodologie -----	49
I. Participants : -----	50
I.1. Lieu de l'enquête : -----	50
I.2. Sexe : -----	51
I.3. Niveau scolaire : -----	51
I.4. Performance scolaire : -----	52
II. Outils : -----	52
III. Procédures -----	57
IV. Analyses statistiques -----	58
Chapitre 3 : -----	59
Résultats -----	59
Partie I : -----	60
I. Habitudes alimentaires -----	60
I.1. Profil alimentaire -----	60
I.2. Fréquence journalière des repas -----	63
I.3. Saut du petit déjeuner -----	64
I.4. Prise de repas de type "fast-food". -----	65
I.5. Préférence des goûts salé et sucré. -----	66
II. Données familiales -----	67
II.1. Revenu des ménages -----	67
II.2. Estimation du climat familial -----	68
III. Données sur la santé -----	68
III.1. Indice de masse corporelle : IMC -----	68
III.2. Problèmes de santé -----	70
IV. Activité physique -----	72
IV.1. Sport scolaire -----	72
IV.2. Sport extrascolaire -----	73
V. Inactivité physique -----	75
V.1. Durée de Sommeil -----	75
V.2. Temps consacré aux écrans : -----	76
Partie II : -----	78
VI. Prévalence des indices de santé mentale : -----	78
VI.1. Estime de soi -----	78
VI.2. Anxiété -----	78
VI.3. Stress -----	79

VI.4. Dépression	79
VI.5. Burnout Scolaire :	80
VI.5.1. Utilisation du « School Burnout inventory » :	80
VI.5.2. Utilisation du « Maslach Burnout Inventory » :	84
VI.6. Idées Suicidaires et Tentative de suicide :	85
VI.7. Soutien social perçu :	86
VII. Association entre indices de santé mentale	87
VII.1. Corrélations entre les différents indices de santé mentale étudiés :	87
VII.2. Comparaison des scores des indices de santé mentale selon le genre des élèves :	88
VII.3. Relation entre les indices de santé mentale et la perception de l'image corporelle :	89
VII.4. Association des indices de santé mentale et des idées suicidaires :	90
VII.5. Association des indices de santé mentale et tentative de suicide :	91
VII.6. Régression : Prédiction des idées suicidaires :	92
VII.7. Régression : Prédiction des tentatives de suicide :	92
VII.8. Influence des indices de santé mentale sur la performance scolaire :	92
VII.9. Comparaison des scores de l'estime de soi selon l'IMC :	93
VII.10. Comparaison entre la perception de l'image corporelle et l'IMC	94
Partie III	95
I. Schémas précoces :	95
I.1. Moyennes des schémas :	95
I.2. Comparaison des moyennes en fonction du genre des élèves :	97
I.3. Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du niveau scolaire :	98
I.4. Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction de la performance scolaire	100
I.5. Corrélation des moyennes des schémas précoces avec l'âge :	102
I.6. Corrélation avec l'anxiété	102
Chapitre 4 :	103
Discussion	103
Conclusion	118
Recommandations :	120
Limites de la recherche :	121
Références :	122
- Liste des tableaux	147
Liste des figures	148

Introduction

L'Education-Formation constitue un enjeu majeur pour le développement de notre pays. De ce fait, elle a été solennellement érigée en deuxième priorité nationale après l'intégrité territoriale.

Il faut noter que depuis l'indépendance du Maroc, le système éducatif a connu une évolution, conséquence de plusieurs réformes de l'organisation de la scolarité, de la formation des professeurs, de la refonte des programmes scolaires ... Ces changements ont été guidés par l'intention de considérer la réussite de la scolarisation comme un facteur déterminant pour le développement du pays.

Pour cela, les programmes de réformes visaient à répondre à plusieurs objectifs, mais sans beaucoup insister sur un principe directeur stratégique qui constitue la pierre angulaire du système scolaire et consiste à placer l'apprenant au cœur du système d'éducation et de formation et mettre les autres piliers du système à son service.

L'école est le quotidien des élèves et c'est en grande partie dans, et à partir de cet espace, qu'ils vont construire leur avenir, affirmer leur personnalité, grandir et s'autonomiser.

De ce fait, outre l'importance que révèlent plusieurs facteurs contribuant à la réussite scolaire tels que les pédagogies d'enseignement, les programmes scolaires, la formation continue des enseignants.... des progrès restent à faire, surtout en ce qui concerne l'état de santé mentale des élèves et les habitudes de vie saine et leur impact sur cette réussite.

En effet, tandis que certains rapports et études pointent du doigt les processus d'ordre politique, organisationnel et didactique comme étant à l'origine de l'échec et de la réussite scolaire (Perrenoud, 1992), d'autres n'excluent pas que les caractéristiques personnelles, sociales, économiques et culturelles des élèves soient des indicateurs à prendre en compte pour mieux les expliquer.

Dans ce sens, il est reconnu qu'une bonne santé mentale et des habitudes de vie saines exercent une influence majeure sur le bien être psychologique et physique de l'élève et qu'elles peuvent influencer positivement ou négativement l'attention, l'absentéisme, la vigilance et les apprentissages (Bandura, 1997). En fait, l'apprentissage met en œuvre tout l'être, il s'inscrit dans une dynamique biopsychologique, ainsi, le corps et l'esprit sont liés dans l'apprentissage. Ceci fait défaut malheureusement dans le système scolaire marocain qui est caractérisé par une réelle méconnaissance psychologique globale de l'élève. Les dimensions affectives, éducatives et même cognitives restent souvent inconnues. De même, la connaissance des habitudes de vie des élèves ne sont pas considérées comme priorité dans ce dit système.

L'analyse, donc, de certaines habitudes de vie et d'indices de santé mentale demeure très importante, surtout chez les élèves adolescents. Cette étape de vie représente une période de transition sensible où les choix de vie qui se dessinent vont influencer durablement la santé à l'âge adulte. Au niveau scolaire, c'est une période caractérisée aussi par la crainte de l'échec et un sentiment de stress face aux notes et aux divers examens pouvant entraîner des réactions d'évitement ou des états de sidération psychique. Elle mérite donc une attention particulière dans une politique de prévention des risques de santé mentale.

Dans ce cadre, notre étude s'intéresse à l'état de santé psychologique, mentale et comportementale des élèves, ainsi qu'aux habitudes de vie (habitudes alimentaires, activité physique...) afin d'approcher leurs effets sur le rendement scolaire sur les lycéens de la région de Béni Mellal.

Cette étude ne répondra pas à toutes les questions et a ces limites, toutefois, l'ensemble des résultats, traités avec vigueur et discernement, constitueront une base utile aux décideurs, aux planificateurs et aux intervenants dans le secteur scolaire, surtout au niveau de la région de Béni Mellal.

Les résultats de cette étude devraient, aussi, inciter d'autres chercheurs à analyser les données qui n'ont pas pu être exploités dans ce rapport.

Objectifs :

Dans le présent travail, nous nous sommes proposé d'étudier :

- La prévalence de quelques indices de santé mentale au sein des élèves du cycle secondaire de la région de Béni Mellal.
- La contribution de ces indices de santé mentale à l'échec scolaire.
- La description de quelques habitudes de vie (habitudes alimentaires, activité physique agrémentée par des mesures anthropométriques...) et leur incidence sur le bien-être de l'élève de la région de Béni Mellal.
- Identifier les schémas précoces inadaptés et dégageant de leurs caractéristiques au sein des lycéens de la région avec identification probable des liens entre l'activation de ces schémas et la santé mentale des élèves.

Hypothèses :

Pour mener ces investigations, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- La prévalence des troubles mentaux au sein des lycéens de la région de Béni Mellal est élevée.
- Les troubles dépistés au sein de cette population d'étude sont associés à une diminution de la performance scolaire et participent à l'échec scolaire.
- Les habitudes de vie des élèves de la région de Béni Mellal ne sont pas saines et auraient une incidence sur le niveau scolaire.
- Des schémas précoces inadaptés sont activés chez les lycéens de cette région, et contribuent aux problèmes scolaires des élèves. En effet, les schémas précoces renseignent sur la façon de penser, de ressentir, d'agir et d'entrer en relation avec les autres.

Ainsi construit, la présentation de notre travail s'articule autour de quatre chapitres.

Le premier présente un recensement des travaux scientifiques relatifs à nos objets d'étude et notre questionnement ainsi que leur analyse. Le deuxième chapitre expose la méthodologie utilisée incluant les participants, les instruments de mesure et la procédure du déroulement de l'étude. Le troisième chapitre expose les résultats obtenus en fonction des diverses analyses statistiques réalisées. Le quatrième et dernier chapitre est dédié à la discussion des dits résultats dans le contexte des travaux traitant de la même problématique.

Chapitre 1 :

Synthèse bibliographique

Partie I :

I. Habitudes de vie

I.1. Habitudes alimentaires :

On entend souvent dire qu'étant jeune, on adopte des habitudes de vie pour l'avenir. Thompson (1998) abonde en ce sens en disant que l'adolescence est une période critique de croissance et de développement, en plus d'être le moment où s'établissent les habitudes alimentaires à long terme.

Les habitudes alimentaires recouvrent l'ensemble des dimensions matérielles et symboliques qui recouvrent l'acte alimentaire : nature et diversité des aliments consommés ; quantités et dépenses afférentes ; cuisine et approvisionnement ; horaire et structure des repas. La notion de pratique sociale insiste sur les aspects concrets et matériels, elle est définie selon ses déterminants (culturels, économiques), ce qui revient à s'interroger sur les règles et les normes conditionnant sa mise en œuvre (Etiévant et al, 2010).

L'alimentation est l'action ou la manière de fournir aux êtres vivants la nourriture dont ils ont besoin pour leur croissance, leur développement, leur entretien. Cette acception fonctionnelle souligne une évidence : l'alimentation assure le cycle de vie d'un individu et la persistance de l'espèce à laquelle il appartient. S'intéresser à l'alimentation de l'homme, c'est, comme pour n'importe quelle espèce, considérer les aspects quantitatifs, le bilan entre ses besoins et ses ressources. C'est aussi considérer les aspects qualitatifs, en particulier sanitaires. C'est enfin ne pas oublier que l'alimentation est empreinte de plaisir et de peurs, qu'elle est, chez l'homme, un fait culturel essentiel (Nairaud, 2013).

Manger répond à trois impératifs : se nourrir, se socialiser, se faire plaisir. Aucun de ces impératifs ne peut être exclu (Rigaud, 2004).

La consommation alimentaire remplit trois principaux types de fonctions pour l'homme : une fonction nutritionnelle, une fonction identitaire et une fonction hédonique (Bricas, 1998).

Des facteurs psychoaffectifs (humeur, émotions, anxiété, stress psychologique) influencent clairement le comportement alimentaire. Ils peuvent interagir en particulier avec les signaux sensoriels liés à la prise alimentaire (aspect, odeur, goût des aliments). Le traitement hédonique, génétiquement présent chez tous les humains, fait que l'aliment n'est jamais neutre. L'aliment peut être plus ou moins agréable ou désagréable, et de ce fait recherché ou évité (Chiva, 1996).

L'évolution des indicateurs de santé dépend de multiples facteurs qui potentialisent ou annulent les influences nutritionnelles. Dès lors, la mise en évidence de relations entre l'évolution des habitudes alimentaires et des indicateurs de santé apparaît particulièrement complexe (Etiévant et al, 2010).

I.2. Déterminants sociodémographiques et économiques de l'alimentation

Les conditions d'existence (y compris celle au cours de l'enfance) et les modes de vie ont une influence sur l'état de santé des individus (James et al.,1997 ; Hare-Bruun et al.,2011).

De nombreuses études conduites dans les pays occidentaux ont montré qu'il existait des différences sociales concernant le niveau de santé et la longévité des individus et des populations (James et al.,1997 ; Smith et Brunner ,1997 ; Darmon et Drewnowski ,2008).

Parmi les facteurs expliquant les différences socio-économiques de morbi-mortalité, l'alimentation paraît jouer un rôle crucial (Smith et Brunner ,1997 ; Mackenbach et al.,2008).

Dans tous les pays industrialisés, la morbi-mortalité des populations de faible statut socio-économique (SSE) est supérieure à celle des personnes ayant des revenus plus importants. (Caillavet et al.,2004 ; Giskes et al.,2010)

Ces disparités sociales de santé sont généralement expliquées par le fait que la plupart des comportements défavorables à la santé sont plus fréquents dans les populations de faible niveau socio-économique. En effet, d'après certains auteurs, les sujets appartenant à la classe sociale la plus aisée ou ayant un niveau d'éducation élevé se montreraient plus sensibles aux problèmes de santé alors que les individus appartenant à des milieux modestes ou ayant un niveau d'études peu élevé seraient moins préoccupés par leur état de santé (Giskes et al.,2010 ; Turrell et al.,2003).

L'alimentation des groupes socio-économiques modestes est basée principalement sur des aliments tels que la viande, le lait entier, les graisses, les sucres, les conserves, les pommes de terre et les céréales (James et al.,1997 ; Darmon et Drewnowski,2008).

Le niveau de revenus et le coût des aliments sont cités dans la littérature comme un facteur clé des choix alimentaires. Plusieurs études se sont intéressées au fait que les populations modestes achètent des produits alimentaires à forte densité énergétique (c'est à dire riches en graisses et en sucres) qui sont moins chers que les produits considérés comme sains (Fruits et légumes, poisson etc.) (Darmon et Drewnowski,2008 ; Andrieu et al.,2006 ; Maillot et al.,2006 ; Drewnowski et al.,2004 ; Drewnowski,2010).

Une consommation supérieure de fruits et légumes est corrélée, à âge égal, à un statut socio-économique plus élevé (revenu, activité professionnelle, niveau d'éducation). Les fruits et légumes apparaissent comme un "marqueur social". C'est aujourd'hui un des groupes d'aliments dont le niveau de consommation (exprimé en quantité, fréquence ou variété) apparaît comme étant le plus lié au SSE des ménages et aux inégalités de santé. Amiot-Carlin et al.,2009 ; Giskes et al.,2002 ; Lallukka et al.,2010)

De nombreux facteurs sociodémographiques autres que l'éducation et le statut social ont été décrits dans la littérature : le sexe et l'âge (Krachler et al.,2005 ; Friel et al.,2005), la composition du ménage (Kamphuis et al.,2006 ; Pollard et al.,2001), la région de résidence (Perrin et al.,2005 ; Czernichow et al.,2005), le pays d'origine (Darmon et Khlat, 2001 ; Mejean et al., 2009).

Il est intéressant de noter qu'un gradient inverse est observé pour un certain nombre de pays, à savoir une plus forte consommation de fruits et légumes pour les personnes de faible SSE. Cette situation est observée dans certains pays méditerranéens et de l'Europe (Roos et al.,2001).

Les apports en macro et micronutriments et le statut vitaminique et minéral des individus suivent le même gradient socio-économique que les groupes d'aliments décrits ci-dessus (Darmon et Drewnowski,2008).

L'équilibre nutritionnel étant atteint lorsque l'alimentation couvre de façon optimale les besoins nutritionnels de l'organisme, celui-ci semble plus difficilement atteignable pour les personnes ayant un SSE peu élevé (Nelson et al.,2002).

I.3. Conséquences de l'alimentation sur la santé :

Une consommation suffisante en fruits et/ou en légumes réduirait le risque de cancer de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du poumon, du côlon-rectum et de l'estomac. Une consommation d'alcool trop élevée serait impliquée dans le risque de cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie, du côlon-rectum et du sein. (OMS,2003 ; WCRF,2007 ; Quintin et al.,2003).

D'autre part, Il a été démontré qu'une alimentation riche en fibres (produits céréaliers complets, F&L), en poisson et faible en acides gras saturés jouerait, un rôle dans la réduction du risque des MCV. De sa part, le World Cancer Research Fund (WCRF) a publié un rapport selon lequel la fraction des cancers attribuable à la nutrition varierait de 27 à 34% selon les pays (WCRF,2007).

La corpulence tout au long de la vie, le niveau de pression artérielle, les taux en lipides sanguins, la glycémie ou encore le statut selon certains micronutriments, constituent également des marqueurs prédictifs de la morbidité et de la mortalité (OMS,2003). De même, il a été également démontré l'intérêt d'une pratique suffisante d'activité physique pour la prévention et la prise en charge de certaines maladies chroniques.

Les travaux scientifiques accumulés au cours des dernières décennies suggèrent que les régimes alimentaires ayant un effet protecteur contre le cancer et les MCV sont principalement composés d'aliments d'origine végétale (Fruits et légumes, légumes non féculents) (WCRF,2007 ; NACRe,2009).

Les fruits et légumes sont une composante importante d'un régime équilibré et leur consommation quotidienne pourrait participer à la prévention des principales maladies chroniques. Cette efficacité est attribuée à leur richesse en nutriments voire à d'autres composés biologiquement actifs, comparativement à leur très faible apport calorique (Ledoux et al.,20011).

Dans ce sens, et selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la faible consommation de fruits et légumes fait partie des 10 plus importants facteurs de risque pour la santé mondiale, tout comme l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, la surcharge pondérale et la sédentarité. L'organisation estimait, en 2005, que la mortalité totale dans le monde attribuable à une consommation insuffisante en fruits et légumes pouvait atteindre jusqu'à 2,6 millions de décès par an (Lock et al.,2005).

Dans une méta-analyse, Dauchet et al. (2005,2006) ont mesuré la relation entre les quantités de fruits et légumes consommées et le risque d'accident vasculaire cérébral et cardiaque à partir d'études épidémiologiques prospectives. Deux autres méta-analyses ont été réalisées

rapportant la relation entre la consommation de fruits et légumes (considérés dans leur globalité) et la survenue d'accidents vasculaires cérébraux et coronaires. Ces études montraient une diminution du risque relatif d'accident vasculaire cérébral de 26% [21-31%] et une diminution du risque relatif de cardiopathie ischémique de 17% [11-23%] (He FJ et al.,2007) entre les sujets qui consommaient au moins 5 portions de fruits et légumes par jour par rapport à ceux qui en consommaient moins de 3.

I.4. Plan National Nutrition Santé (PNNS)

Sachant que l'inadaptation des apports alimentaires participe à l'émergence de maladies telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, le Plan National Nutrition Santé (PNNS) a été créé en janvier 2001(PNNS,2001). Ce plan repose sur la lutte contre la sédentarité et la promotion des comportements alimentaires bénéfiques à la santé, à savoir augmenter la consommation d'eau, de fruits et légumes, d'aliments sources de calcium, de féculents sources de glucides et de limiter celle des sucres simples, des graisses et de l'alcool. Ce sont les objectifs nutritionnels prioritaires (annexe 1). L'application du PNNS se fait par des axes stratégiques, grâce à un dépistage, un programme d'éducation et de prise en charge des mauvaises habitudes alimentaires et des comportements alimentaires déviants, une implication accentuée des industries, des restaurations collectives, des médias, un développement de la recherche alimentaire et la mise en place d'un système de surveillance sanitaire et sociale.

I.5. Anthropométrie et IMC :

Plusieurs outils sont utilisés afin de mesurer la quantité et la distribution du tissu adipeux corporel. L'anthropométrie reste la méthode la plus utilisée en clinique et en épidémiologie car elle a l'avantage d'être simple, rapide, moins coûteuse et reproductible (Kagan et Squires ,1984) L'anthropométrie est la seule et unique méthode à la fois universellement applicable, bon marché et non invasive, permettant d'apprécier la corpulence, les proportions et la composition du corps humain (Waterlow et al., 1977). Les mesures sont des données brutes obtenues sur les individus (poids, taille, plis cutanés, tour de taille, tour de hanches, etc.) (Chauliac et al., 1989 ; Delpeuch, 1991 ; OMS, 1995).

Elles servent à établir des indicateurs anthropométriques. Les données anthropométriques de base envisagées ici sont le poids, la taille auxquels doivent être ajoutées des données démographiques comme l'âge et le sexe (OMS, 1986). Selon Deschamps (1985), le poids et la taille sont les plus couramment mesurés, peut être aussi ceux auxquels, dans la routine, on accorde assez peu d'importance pour oublier les conventions de mesures et de contrôle de qualité.

La mesure de l'IMC est facile car elle est rapide et plus précise que les mesures de plis cutanés. (NRCHI, 2004). Malina et al. (1999), ont évalué la sensibilité et la spécificité de l'IMC comme indicateur du risque ou de la présence de surpoids chez 6 groupes ethniques différents d'adolescents. Pour ces auteurs, l'IMC est un indicateur acceptable et valide de risque et de présence du surpoids chez les adolescents en tant qu'outil de dépistage.

Chez les adolescents (âge compris entre 10 et 19 ans selon l'OMS), les recommandations de l'OMS reposent sur l'utilisation de l'IMC rapporté à l'âge pour définir la maigreur, avec un seuil critique < 5ème percentile (OMS,1995). L'étude de sujets européens souffrant d'anorexie mentale et de sujets de nationalité indienne présentant une malnutrition sévère a permis de considérer qu'une valeur de l'IMC égale à 12,0 était la limite inférieure compatible avec le maintien physiologique de la vie (Henry,1990 ; James et al.,1988)

Par ailleurs, l'étude de trois populations de pays en voie de développement (Nouvelle-Guinée, Ethiopie et Somalie) a conduit à recommander deux autres valeurs de l'IMC (16,0 et 17,0), identiques pour les deux sexes, permettant de définir trois stades de malnutrition. (James,1994 ; James et al.,1988). Dès 1982, des courbes de l'évolution de la distribution en percentiles de l'IMC ont été établies pour les garçons et les filles français de l'âge de 1 mois à 16 ans (Rolland-Cachera et al., 1982).

La similarité des courbes de l'IMC avec les courbes des plis cutanés (Rolland-Cachera, 1991) indique que l'évolution de l'IMC reflète bien l'évolution de la masse grasse.

Les courbes de l'IMC selon l'âge prennent en compte simultanément les données du poids, de la taille et de l'âge ce que ne faisaient pas les méthodes précédentes basées sur des courbes de poids en fonction de l'âge et de poids en fonction de la taille. Elles sont plus précises que les courbes classiques et permettent de connaître l'intervalle de temps entre deux mesures.

L'IMC est étroitement corrélé à la graisse corporelle et le risque de santé à long terme chez les enfants et les adolescents. Cependant, les conséquences du surpoids diffèrent de celles de l'adulte (OMS 1995, 1998). Un IMC élevé est associé à un risque accru de tension artérielle élevée, de diabète de type 2, de dyslipidémie, de maladie de la vésicule biliaire, d'apnée du sommeil, de dyspnée, d'anomalies des hormones reproductrices, de maux de dos, de certains cancers, de maladies cardiovasculaires et de mortalité (NRCHI,2004 ; Wardman et, Quantz).

Cependant, cette mesure ne fait pas de distinction entre la masse adipeuse ou musculaire. Donc, un IMC élevé ne distingue pas une adiposité excessive (ni son emplacement), une imposante musculature ou simplement de l'œdème (NRCHI,2004). Mast et al. (2002) ont comparé l'utilisation de l'IMC en comparaison avec le % de masse grasse pour la surveillance du surpoids et de l'obésité chez les enfants (5-7 ans). Les résultats montrent que l'IMC peut être appliqué pour la surveillance des enfants obèses mais n'est pas assez sensible pour le surpoids pour lequel l'analyse de la composition corporelle est plus adaptée.

I.6. Obésité :

Dans les pays en développement, tout indique une transition nutritionnelle (Delpeuch et al., 1997) caractérisée par la coexistence de problèmes de surpoids et d'obésité et de problèmes de carences alimentaires. Toselli et al. (1997), estiment que l'évaluation des indicateurs d'obésité comme la composition corporelle et l'IMC chez les enfants d'âge scolaire est importante pour le diagnostic et peut être la prévention des conditions qui sont associées à l'âge adulte à l'hypertension et aux maladies cardiovasculaires.

La prévalence de l'obésité ne cesse de croître depuis une quinzaine d'années tant chez l'adulte (OMS,1998) que chez l'enfant ou l'adolescent (Livingstone,2001 ; Bundred et al.,2001). Ce

phénomène intéresse aussi bien les pays industrialisés (Frelut et al.,1995) que les pays en voie de développement (Martorell et al.,1998 ; Zagré et al.,2001). Dans les pays en développement, cette augmentation de prévalence s'inscrit dans un contexte de « transition nutritionnelle » caractérisé par un développement urbain intense, une « modernisation » des habitudes alimentaires et une baisse de l'activité physique (Uauy et al.,2001 ; Popkin,2001).

Entre 50 et 60% de la population mondiale est en surpoids ou obèse. C'est un constat alarmant observé auprès de 168 000 personnes âgées de 18 à 80 ans dans 63 pays lors d'une étude épidémiologique transversale réalisée en 2005 (Balkau et al., 2007). L'adolescence est une période de transition sensible où les choix de vie qui se dessinent vont influencer durablement la santé à l'âge adulte. Elle mérite donc une attention particulière dans une politique de prévention des risques de santé liés à l'obésité, même si l'efficacité de ces interventions à ces âges reste faible (Tounian et Girardet, 2001).

Les adolescents obèses ont un risque plus grand de rester obèses à l'âge adulte avec des conséquences morbides à long terme : diabète de type 2, hypertension et maladies cardiovasculaires, voire apparition de certains cancers. (Must et al.,1992 ; Guo et Chumlea ,1999). L'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) la déclare « la première épidémie non-infectieuse de l'histoire et un problème majeur du siècle ». Elle est associée à un risque accru de diabète type 2, de maladies cardiovasculaires et de cancers (Paul Poirier et al.,2001), par conséquent, elle est responsable d'une lourde morbi-mortalité.

La prévalence accrue du surpoids et de l'obésité résulte d'une modification du mode de vie : changement des comportements alimentaires (prises alimentaires et caloriques plus élevées, rythme et équilibre alimentaires perturbés) et sédentarité liée à la fois à une baisse de l'activité physique (pratique sportive réduite et irrégulière surtout chez les filles) et à des activités sédentaires (télévision, jeux vidéo). Les excès pondéraux des enfants et des adolescents ont des effets négatifs sur la santé à court et moyen terme : augmentation de la pression artérielle, diminution de la tolérance au glucose, augmentation des lipides sanguins et pathologies orthopédiques.

Selon Katzmarzyk et Janssen (2004), l'obésité résulte d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques, par conséquent l'alimentation riche en calories et l'inactivité physique jouent un rôle primordial dans l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Dans une autre étude, ces causes sont nombreuses, telles que la sédentarité, la suralimentation, les préférences alimentaires, le statut socio-économique, les influences environnementales et culturelles, les attitudes envers la santé et l'activité physique, les maladies psychologiques (incluant les désordres alimentaires) ainsi que la génétique (Wardman et Quantz ; Young TK et al.,1993).

I.7. Alimentation et croissance

Allen (1994), cite l'énergie, les protéines, le zinc, le fer, le cuivre, l'iode et la vitamine A comme facteurs nutritionnels agissant sur la croissance dans les pays en développement. Pour sa part, Waterlow (1994) affirme que les causes du retard de croissance sont multifactorielles, les plus importantes étant la nutrition, les infections et la relation mère-enfant et dépendent en partie du niveau socio-économique et de l'éducation de la famille.

Rolland-Cachera et al. (1995) montrent qu'une alimentation riche en graisses au début de la vie ne favorise pas le développement de l'obésité ultérieure et semble tout à fait adaptée aux besoins du jeune enfant. Les auteurs suggèrent aussi que certains nutriments pourraient être plus importants que d'autres au cours de la croissance, en particulier les graisses au début de la vie, et les protéines à l'adolescence (Rolland-Cachera,1996).

Partie II :

I. La santé mentale des adolescents

I.1. La notion de « santé mentale » :

Récemment, de nombreuses sociétés modernes se préoccupent de plus en plus de la santé mentale des adolescents puisqu'elle représente un enjeu très important sur le plan individuel, d'un côté, et sur le plan social, de l'autre.

Etre en bonne santé mentale ne veut pas dire l'absence des troubles mentaux. Justement, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) souligne que « la santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie » (OMS, 2001, p.1). En effet, plusieurs chercheurs et cliniciens admettent qu'un bon fonctionnement psychologique se caractérise non seulement par l'absence des troubles mentaux, mais aussi par la présence des traits significatifs d'un certain bien-être psychologique (Shmotkin, 1998).

Labelle et Al. (2001) ont établi un modèle hiérarchique cognitivo-affectif de santé mentale qui regroupe deux concepts : la détresse et le bien-être psychologique. Leurs études ont clairement démontré que la notion de santé mentale s'inspire de deux écoles de pensées : celle de psychopathologie qui porte sur des indices affectifs négatifs et celle de la qualité de vie associée aux facteurs cognitifs et composées d'indices positifs. Il est nécessaire de préciser que dans ce modèle, l'absence de détresse ne signifie en aucun cas un bien-être psychologique, pas plus que le contraire.

Il semble donc primordial de se pencher sur la problématique de la santé mentale chez les adolescents afin de relever les différents mécanismes pouvant la compromettre.

I.2. Troubles mentaux :

Il n'existe aucune définition opérationnelle et cohérente, en médecine ou en sciences, qui s'appliquerait parfaitement à toutes les situations entraînant les troubles mentaux.

Les troubles mentaux touchent plusieurs états comme la souffrance, la mauvaise capacité du contrôle de soi, le désavantage, le handicap, la rigidité, l'irrationalité, le modèle syndromique, l'étiologie et la déviation statistique. Chacun représente un indicateur utile dans la détection du trouble mental mais aucun ne peut être équivalent au concept lui-même. Différentes situations demandent différentes définitions.

Dans le DSM-IV, chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental cliniquement significatif. Chez un patient, il peut être associé à une détresse concomitante (ex : symptôme de souffrance) ou à un handicap (ex : altération d'un ou de plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque, significativement élevé, de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce modèle, ou syndrome, ne doit en aucun cas être la réponse habituellement admise à un événement particulier comme par exemple le décès d'un être cher. Mais, quelle que soit la cause originelle, il doit être considéré comme étant la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. Par ailleurs, le comportement déviant (politique,

religieux ou sexuel) et les conflits existants essentiellement entre l'individu et la société ne sont considérés des troubles mentaux que si la déviance ou le conflit sont le symptôme d'un dysfonctionnement chez ce même individu.

Cependant, il est tout à fait tort de croire que la classification des troubles mentaux permet de classer les personnes. Ce classement concerne seulement ces troubles mentaux diagnostiqués chez ces personnes en question.

Par ailleurs, des études récentes ont pu constater que la plupart de ces troubles décelés chez les adultes remontent à l'âge de l'adolescence (O.M.S., 2005). Ils peuvent représenter quelques conséquences néfastes sur les générations à venir : en plus de réduire leur qualité de vie, il est possible qu'ils soient à l'origine de la diminution de leur productivité future (Lyness, 2001) et peuvent aussi altérer leur fonctionnement quotidien (Performances scolaires, relations personnelles ...) tout en menaçant sérieusement le bien-être physique de l'adolescent (tentative de suicide, abus de narcotiques ...) (Audrey, 2005).

I.3. Prévalence :

Une large partie des pays occidentaux, déclare que la proportion des problèmes liés à la santé mentale maintient des taux assez élevés. En plus, les indices de détresse et du bien-être psychologique les plus couramment remarqués par plusieurs chercheurs, sont la dépression, l'anxiété (Poirier et Lafrenière, 2003) et l'estime de soi (Campbell, 1981). On remarque aussi que la prévalence de ces troubles, telle la dépression et le suicide, augmente de façon significative pendant l'adolescence (Fombonne, 1998 ; Gould et Kramer, 2001).

Bien que l'estime de soi ne soit pas prise comme un vrai trouble mental mais elle en reste fortement liée et figure parmi les notions de bien-être psychologique les plus étudiées au cours de ces dernières années. D'ailleurs, on estime, à plus de 15000, le nombre d'articles publiés les 30 dernières années portant sur l'estime de soi (Baumeister, 1998 ; Baumeister et Al., 2003). A l'échelle mondiale, on dénombre près de 20 enfants et adolescents sur 100 qui présentent des problèmes de santé mentale invalidant (O.M.S., 2005).

Une étude épidémiologique américaine portant sur 10123 enfants et adolescents entre, 13 et 18 ans, a pu noter la prévalence populationnelle suivante pour les troubles mentaux les plus fréquents, en ordre décroissant : 31.9% des jeunes présentaient des troubles anxieux ; 19.1% des troubles liés aux comportements perturbateurs ; 14.3% des troubles de l'humeur (incluant les troubles bipolaires) et 11.4% des troubles liés à l'utilisation de substances. Selon cette même étude, 40% des jeunes avaient deux troubles à la fois. Par ailleurs, l'âge de l'apparition des troubles anxieux est estimé à 6 ans, à 10 ans pour les troubles liés aux comportements perturbateurs, à 13 ans pour les troubles de l'humeur et à 15 ans pour les troubles liés à l'utilisation des substances. Enfin, 22.2% de ces jeunes présentaient des troubles sévères ou une détresse significative sur le plan de leur fonctionnement (Merikangas et al., 2010).

Une autre enquête réalisée pour le compte de l'Association des Psychiatres du Canada auprès des jeunes âgés entre 13 et 18 ans, montre que 4% des répondants ont déjà reçu un diagnostic de dépression, 4% révèlent avoir déjà fait une tentative de suicide et 20% sont confrontés personnellement ou sur le plan familial à un problème de santé mentale (APC, 1996).

L'O.M.S. prévoit sérieusement que d'ici l'an 2020, les troubles d'origines neuropsychiatriques survenant depuis l'enfance connaîtront une hausse de plus de 50% à l'échelle mondiale. Ainsi, elle sera l'une des causes de morbidité, de mortalité et d'incapacité les plus communes chez les jeunes.

II. Estime de soi et risque suicidaire

II.1. Estime de soi

II.1.1. Définition : Historique

a- Selon William James

Il faut remonter à plus de 100 ans pour trouver l'une des premières définitions sur « l'estime de soi ». En fait, c'est William James en 1890 qui a pu la proposer, et malgré le passage du temps, elle reste une référence dans le domaine (James, 1950 ; Mruk, 1999). Dans son approche, James déclare que le bien-être face à soi dépend entièrement de la manière dont une personne s'accomplit à travers ce qu'elle est ce qu'elle fait. Cela voudrait dire que le niveau d'estime de soi dépendrait du ratio d'actualisations des potentialités où le dénominateur serait les prétentions de l'individu et le numérateur le succès et l'atteinte de ses prétentions (James, 1950). En guise de résumé, on peut dire que W. James affirme que l'estime de soi est un phénomène affectif et dynamique orienté sur les compétences (efficacité du comportement) et ouvert aux changements (James, 1950).

b- Selon Robert White :

Cet auteur présente une vision et une conception sur l'estime de soi davantage orientée et liée à un sentiment d'efficacité et de compétence. C'est plutôt une approche psycho-dynamique (White 1959). White a aussi défini cette estime dans un contexte développemental lié à trois processus importants. Premièrement, la disposition biologique qui pousse un organisme à vouloir s'adapter de façon compétente à son existence et aux tâches exigées par son environnement. Deuxièmement, l'émergence et l'augmentation d'habiletés motrices et cognitives sophistiquées. Et troisièmement, le développement du sens de soi et de l'identité (White, 1963). En même temps, il insiste sur l'apparition de ces notions dès les premiers moments de vie de l'enfant passés à l'extérieur de l'utérus de sa mère. Donc, en plus d'être le récipiendaire passif face à ce que son environnement est susceptible de lui présenter, l'enfant façonne et agit également sur son environnement. (White, 1963)

c- Selon Rosenberg :

Dans le domaine de l'estime de soi, la contribution de Rosenberg (1965, 1995) est assez remarquable. D'après lui, il faut ajouter la caractéristique d'« attitude » à l'estime de soi. Cette définition a permis de développer de nouvelles perspectives dans la mesure de l'estime de soi et de tester ses différents composants possibles (Rosenberg, 1965). Dans l'estime de soi, l'attitude d'un individu peut être positive comme elle peut être négative ; elle dépend de l'angle de la perception de soi-même. Une haute estime de soi reflèterait une bonne valorisation de sa personne.

Un point important à remarquer lorsque l'estime de soi est prise comme étant une attitude, c'est que les cognitions et les processus de pensées sont un élément clé dans la compréhension du fonctionnement de l'estime de soi. De même que cette définition introduit la notion de dignité et de valeur personnelle. Avec Rosenberg, donc de nouvelles portes sont ouvertes pour les rôles que pourraient jouer les systèmes de valeurs et de normes dans l'univers de l'estime de soi. En incluant la notion de valeur dans sa définition, Rosenberg a permis et a incité un questionnement et un positionnement face à l'importance de la culture et des valeurs propres à chacun dans le développement de l'estime de soi, en comparaison avec l'aspect universel des valeurs.

La définition de Rosenberg (1965) a donc 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.

De manière plus classique, l'estime de soi désignerait la perception que chacun a de sa propre valeur, dans quelle mesure chacun s'aime, s'accepte et se respecte en tant que personne (estime de soi globale). Elle est le reflet d'une attitude d'approbation-désapprobation qui indique jusqu'à quel point une personne se voit comme ayant de la valeur, de l'importance, et comme étant capable de réussir (Cooley, 1902 ; Coopersmith, 1967 ; Rosenberg, 1979).

II.1.2. Image du corps et acceptation sociale :

Le corps a été appréhendé comme un élément central de l'identité, du soi, du fait qu'il se situe à l'interface entre les perceptions que l'individu se fait de lui-même et le milieu social ou physique dans lequel il évolue (Fox, 2000 ; Messer et Harter, 1986).

De ce fait, l'importance de l'image et de l'apparence physique a toujours été présente à travers les différentes cultures et cela, en raison des avantages sociaux qu'elle procure. Cependant, à aucune autre époque l'apparence et l'image n'ont pris autant de place et d'importance que dans les sociétés actuelles (Amadiou, 2005).

Selon André (2008), une des explications serait probablement l'accélération technologique. Celle-ci menant les sociétés des derniers siècles à une soumission marquée face à une omniprésence d'images et cela, avec une telle ampleur, qu'il semble impossible d'établir des comparatifs avec les différentes cultures précédentes. De ce mouvement découle une augmentation de la conscience du corps ; ce qui se traduirait par des occasions maintes fois multipliées de comparaison des corps avec des modèles sociaux parfaits, mais trafiqués et non représentatifs de la réalité. Il en résulterait une insatisfaction croissante de l'apparence personnelle.

Bien que le niveau d'estime de soi d'une personne ait un rôle important à jouer sur l'impact qu'aura l'apparence physique d'une personne sur son développement, le contraire peut aussi être vrai, en ce sens où l'apparence physique et l'image prennent une place tellement importante dans les relations interpersonnelles d'aujourd'hui, qu'elles peuvent elles aussi, influencer l'estime de soi (André, 2008 ; Watkins, 2009).

Outre l'apparence physique, il semble également que le sentiment d'acceptation sociale, puisé à la fois dans les relations intimes et à travers d'autres types de relations (ex. : collègues de classes et de travail), jouerait un rôle important dans le sentiment de valorisation que les gens peuvent retirer d'eux-mêmes (Harter, 1990).

La conception et la valorisation de soi seraient d'ailleurs d'une importance capitale pour les adolescents et les jeunes adultes, car à cette période de la vie, ceux-ci seraient confrontés à des changements de tous genres (ex. : corporels, sociaux, psychologiques, émotionnels) et qui feraient appel à la connaissance de soi et à la maîtrise d'habiletés nouvelles (Ackard et Neumark-Sztainer, 2002 ; Hennighausen, Hauser et al., 2004).

Or, si l'estime de soi est menacée lors de changements sociaux et environnementaux, les jeunes seraient particulièrement à risque de voir leur estime de soi mise à l'épreuve (Kirkpatrick et Ellis, 2006).

En fait, l'acceptation sociale est une des dimensions évaluées dans l'estime de soi sociale d'un individu. L'estime de soi sociale pourrait être définie comme le jugement émis par un individu sur lui-même en fonction de ses compétences sociales perçues, de son sentiment subjectif d'acceptation sur le plan interpersonnel et des sentiments d'appréciation ou de dépréciation qui en découlent (Michaud, et al., 2004).

II.1.3. Estime de soi et troubles psychiatriques

Dès 1976, A. Beck explique les troubles de l'estime de soi et leur lien avec les troubles dépressifs et anxieux, par son modèle cognitif des troubles émotionnels.

A partir de certaines croyances négatives, l'individu va construire des hypothèses erronées et adapter son comportement quotidien pour y faire face.

Les pensées erronées négatives peuvent se réactiver à la suite d'un événement précipitant déstabilisant comme un licenciement ou une rupture sentimentale par exemple. Des symptômes anxieux voire dépressifs peuvent alors apparaître (Waite et al. 2012).

Plus récemment en 2013, Sowislo et al. ont réalisé une méta-analyse couvrant 77 études sur la dépression et 18 études sur l'anxiété. Les auteurs retrouvaient que la faible estime de soi est associée selon de nombreuses études à la dépression et aux troubles anxieux. Ils se sont intéressés plus spécifiquement à la nature des liens entre l'estime de soi et ces troubles et ont mis en évidence que :

- L'effet de l'estime de soi sur la dépression était significativement plus important que l'effet de la dépression sur l'estime de soi. La faible estime de soi était ainsi un facteur de vulnérabilité de la dépression.
- En revanche, les effets entre la faible estime de soi et l'anxiété étaient relativement équilibrés. La faible estime de soi prédisait donc autant l'anxiété que l'inverse. La faible estime de soi est également retrouvée comme associée à d'autres troubles psychiatriques dont :
- La psychose (Freeman et al., 1998) : l'estime de soi serait impliquée dans la formation des idées délirantes de persécution et dans le maintien des idées délirantes et des

hallucinations chez les patients schizophrènes. Elle serait également un élément de vulnérabilité à la dépression qui peut survenir après un épisode psychotique (Hall et Tarrier,1998).

- Les troubles du comportement alimentaire (Muris et al.,2005) : la faible estime de soi semble être une variable prédictive importante des troubles du comportement alimentaire, que ce soit l'anorexie mentale ou la boulimie.
- L'abus et la dépendance aux toxiques (Akerlind et al.,1998 ; Backer-Fulghum,2012) : la faible estime de soi a été notamment montrée comme un facteur prédictif de l'alcool-dépendance ; la forte estime de soi a été retrouvée comme indirectement associée à moins de problèmes liés à l'alcool par le biais d'un stress moins important.

De même, plus spécifiquement chez les jeunes, en 2014, Yao et al. rapportaient que la faible estime de soi était associée aux troubles anxieux, au syndrome dépressif, aux troubles du comportement alimentaire et aux addictions ou abus de toxiques.

II.1.4. Estime de soi et rendement

Selon Annie (2009) il y a une relation positive entre la variable estime de soi global et les résultats en français. D'autre part, ses résultats suggèrent également un lien significatif entre la perception des compétences scolaires et les notes obtenues en français pour l'échantillonnage sélectionné. Enfin, les analyses indiquent des scores inférieurs chez les filles, tant au niveau de l'estime de soi que de la perception des compétences et ce, comparativement aux scores obtenus chez les garçons.

II.2. La crise suicidaire

II.2.1. Définition

D'après la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé française (HAS) d'octobre 2000 : La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide, ce qui en fait toute la gravité. Il s'agit d'un état temporaire de désorganisation psychique intense où les émotions dominent, un moment d'échappement où le sujet présente un état de vulnérabilité et d'insuffisance de ses moyens de défense. Cela crée une souffrance qui peut aller d'un sentiment péjoratif d'être en situation d'échec au passage à l'acte via des idées suicidaires plus ou moins envahissantes.

Trois types de signes pour repérer la crise suicidaire :

- Les expressions d'idées et d'intentions suicidaires qui sont les manifestations les plus évidentes.
- Les manifestations diverses d'une crise psychique : asthénie, anxiété, tristesse, irritabilité et agressivité, troubles du sommeil, aboulie, sentiment d'échec et d'inutilité, mauvaise image de soi, sentiment de dévalorisation, troubles de la mémoire, troubles de l'appétit, rumination mentale, appétence particulière au tabac et/ou à l'alcool.
- Un contexte de vulnérabilité : dépression, impulsivité, troubles psychiatriques déjà existants, facteurs de personnalité, alcool-dépendance et toxicomanie.

D'autre part, l'histoire familiale, le contexte socioprofessionnel et les événements de vie douloureux, comme les déplacements ou la perte d'un être cher par exemple, peuvent être des éléments de précipitation de la crise suicidaire (Clémence, 2015).

II.2.2. Principaux facteurs de risque suicidaire

Dans la littérature, les auteurs s'accordent pour dire que la crise suicidaire doit être envisagée comme un modèle plurifactoriel et que les différents facteurs sont en interaction les uns avec les autres. Ainsi, l'impact de chacun des facteurs de risque dépend de la présence ou de l'absence d'autres éléments (HAS,2000).

- Les facteurs de risque primaires

Les facteurs de risque primaires d'après la conférence de consensus de la Haute Autorité de Santé (HAS) d'octobre 2000 :

- Les troubles psychiatriques dont les abus d'alcool et de drogue (OMS, 2015 ; Harris et Barraclough ,1997 ; Nock et al.2010)
- Les antécédents personnels et familiaux de suicide
- L'impulsivité (tendance à l'agir, démesure dans la réponse, non contrôle de l'affectivité engendrant une décision ou un acte brutal sans élaboration).
- Les idées suicidaires et la communication d'une intention suicidaire.

- Les facteurs de risque secondaires

Les facteurs de risque secondaires sont des facteurs observables dans l'ensemble de la population et faiblement modifiables par la prise en charge. Ils n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs de risque primaires.

Ces facteurs secondaires d'après la HAS sont :

- Les pertes parentales précoces
- L'isolement social
- Le chômage
- Les difficultés financières et professionnelles
- Les événements de vie négatifs.

La HAS met en évidence plus particulièrement chez les adolescents les problèmes sentimentaux et les problèmes disciplinaires avec la famille ou la justice. Ces problèmes engendrent chez les adolescents des sentiments d'injustice, de rejet, d'humiliation et des situations de tension chronique au sein de la famille (Bridge et al.,2006).

D'autres événements de vie des adolescents ont été retrouvés comme facteurs augmentant le risque suicidaire comme les difficultés scolaires (l'absentéisme ou le faible niveau scolaire) signalées par Fergusson (Fergusson et al.2003).

- Les facteurs de risque tertiaires

Les facteurs de risque tertiaires d'après la définition de la HAS ne peuvent pas être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs de risque suicidaire primaires et secondaires (Bridge et al.,2006).

Les principaux sont :

- Sexe masculin
- Âges extrêmes : sujets jeunes ou âgés
- Certaines périodes de vulnérabilité comme la phase prémenstruelle chez la femme

D'autres facteurs de risque ne sont pas compris dans la classification de la HAS en 2000 mais sont relevés dans la littérature à de nombreuses reprises. Tout d'abord, il ne faut pas se limiter aux troubles psychiatriques car les pathologies somatiques sont également un facteur de risque de passage à l'acte suicidaire, et en particulier les maladies chroniques qui nécessitent des soins réguliers et une prise quotidienne de traitements (OMS, 2015 ; Harris et Barraclough, 1997).

Ensuite, le statut culturel et socioéconomique, semble également être un facteur particulièrement influent (OMS, 2015) : par exemple une étude de 2008 sur 17 pays a retrouvé que le fait d'être moins éduqué était un facteur de risque de présenter des comportements suicidaires (Nock et al., 2008).

D'une autre part, l'évaluation du risque suicidaire ne peut pas être uniquement fondée sur les facteurs de risque. En effet, le risque suicidaire est un équilibre entre les facteurs de risque et les facteurs de protection (Fergusson et al., 2003).

Ces facteurs modèrent les effets des facteurs de risque, ils diminuent ainsi le risque suicidaire.

Les facteurs de protection du suicide sont : (Bridge et al., 2006)

- Le support social. Nous pouvons citer pour exemple le fait de vivre en famille qui a été retrouvé comme facteur de protection dans une étude de 2006.
- La prise en charge thérapeutique.

II.2.3. LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE

Le risque de récurrence suicidaire est majoré par l'existence d'une précarité sociale ainsi que d'une mauvaise intégration familiale (Kotila et Lonnqvist, 1987).

Les antécédents familiaux pathologiques (Chitsabesan P. et al., 2003), en particulier la dépression, la tentative de suicide (Chastang F et al., 1998) et l'alcoolisme (Pfeffer et al., 1994) amplifient le risque de récurrence suicidaire.

De même, l'existence d'une pathologie relationnelle familiale majeure le risque de récurrence (Hawton et al., 2012) : nous pouvons citer par exemple le sentiment d'absence d'affection des parents exprimée par l'adolescent à son égard, ou le sentiment d'autorité excessive ou insuffisante (Chitsabesan P. et al., 2003).

Les difficultés scolaires ont été considérées comme facteurs de risque de récurrence par Gispert dans les années 1980 (Gispert M. et al., 1987), mais peu d'études récentes l'ont confirmé (Zakari et al., 2008).

II.3. Risque suicidaire et estime de soi

Dans la littérature, plusieurs auteurs ont mis en évidence le fait que la faible estime de soi est un facteur de risque ou est associée aux comportements suicidaires chez les adolescents. (Yao et al.,2014 ; Martin et al.,2005 ; Park et al.,2006 ; Eskin et al.,2007 ; Mcgee et Williams ,2000)

Une étude chinoise de mars 2014 (Yao et al., 2014, réalisée sur 5249 étudiants, de l'école primaire jusqu'au lycée, a évalué les caractéristiques des étudiants ayant déjà eu des idées suicidaires à l'aide des caractéristiques démographiques et de plusieurs échelles : l'échelle d'estime de soi de Rosenberg et une échelle de qualité de vie MSLSS-CV (Multidimensional students' life satisfaction scale). Elle a mis en évidence une association significative entre le risque de présenter des idées suicidaires et la faible estime de soi. Il existait également une corrélation entre le risque de présenter des idées suicidaires et le sexe féminin, la faible satisfaction au niveau familial, scolaire ou du cadre de vie.

Nous pouvons également citer une étude australienne de 2005 (Martin et al.,2005) incluant 2603 étudiants avec 3 mesures successives (aux âges de 13, 14 puis 15 ans) qui montrait que l'estime de soi (évaluée par l'échelle de Rosenberg), le rendement scolaire perçus et le locus de contrôle sont significativement associés à des comportements suicidaires.

De même, McGee et Williams en 2000 ont constaté dans une étude longitudinale chez 1037 jeunes Néo-Zélandais que l'estime de soi était un facteur prédictif des idées suicidaires.

L'étude de Sharaf et al. en 2009 a montré que le soutien familial atténuait l'impact de l'estime de soi sur le risque suicidaire.

Par ailleurs, deux études ont montré que la corrélation entre estime de soi et risque suicidaire dépendait du sexe (Eskin et al.,2007 ; Hidaka et al.,2008).

La première est celle d'Hidaka et al. publiée en 2008 qui s'intéressait à 2095 japonais âgés de 15 à 24 ans. Elle montrait, que pour les hommes, les antécédents de tentative de suicide sont corrélés à une faible estime de soi. Mais, pour les femmes, cette corrélation entre tentative de suicide et estime de soi n'a pas été retrouvée.

La seconde étude (Eskin et al.,2007) portait sur 805 étudiants (dont 367 filles) d'une ville turque de première année du secondaire, âgés de 13-18 ans. Les auteurs ont montré que les garçons présentaient des scores plus élevés d'estime de soi que les filles.

Selon une étude de l'Inserm (Choquet et Gasquet,1995) réalisée auprès d'adolescents scolarisés, 8% des filles et 5% des garçons ont réalisé une tentative de suicide et 1,3% des adolescents ont été hospitalisés pour cette raison (Choquet et Granboulan, 2003 ; Choquet et Ledoux ,1994).

Ces taux sont voisins de ceux d'autres pays industrialisés. Depuis les recommandations de 1998 et les programmes de prévention mis en place, la fréquence des tentatives de suicide est en légère diminution et la proportion suicide/ tentative de suicide est de 1 pour 80 (ANAES,2000,1998).

Au Maroc, on compte 2,5 millions de personnes souffrant de la dépression, c'est à dire un patient sur 6 qui présente une symptomatologie dépressive.

Plusieurs études ont démontré que les patients présentant un trouble dépressif ont un risque accru de suicide (Guze et Robins ,1970) et de tentative de suicide (Beautrais et al.,1996 ; Hunt et al.,2006)

Dans une autre revue portant sur 15 études, on retrouve un taux de tentatives de suicide variant entre 25 à 50% (Goodwin et Jamison,1990)

III. Anxiété

III.1. Définition

Certains auteurs l'ont définie comme un état émotionnel complexe, une combinaison de sentiments de peur, d'appréhension et d'inquiétude, souvent accompagnés par une instabilité ou une tension (Graziani, 2005).

L'anxiété, conséquence du stress environnemental et psychosocial, mais également une des causes supposées du stress oxydant, est considérée comme le mal du siècle par de nombreux chercheurs (Graziani, 2005 ; Kuloglu et al., 2002a, b).

L'anxiété, représente une humeur caractérisée par un affect négatif, incluant des symptômes somatiques de tension et la présence d'une appréhension à l'égard d'un danger futur ou d'un malheur éventuel (APA, 2003 ; Barlow, 2002).

L'anxiété est une émotion universelle qui permet d'affronter des situations potentiellement dangereuses. En anticipant un événement dangereux, elle permet de se préparer pour y faire face. Mais, lorsque la peur et l'angoisse relativement à des objets ou des situations qui ne représentent pas un danger réel ou ne portent pas atteinte au bien-être de l'individu sont ressenties de manière démesurée et répétée, la réponse anxieuse n'est plus considérée comme étant adaptée. L'anxiété éprouvée entraîne alors des problèmes de développement et d'adaptation qui se traduisent tant sur le plan cognitif, comportemental que physiologique (Dumas, 2007).

Selon Spielberger (1970), il existe différents types d'anxiété : l'anxiété « état », l'anxiété « trait » et l'anxiété pathologique.

- L'anxiété « état »

Elle possède d'autres noms tels que l'anxiété contextuelle, l'anxiété situationnelle ou l'anxiété variable, l'anxiété environnementale (Lister, 1990 ; Belzung et Griebel, 2001 ; Graziani, 2005).

Cette anxiété se rapporte à une émotion passagère liée à une situation limitée dans le temps et un environnement particulier. Elle est caractérisée par un éveil physiologique et par la perception de sentiments d'appréhension, de crainte et de tension (Graziani, 2005).

L'intensité et la durée de l'anxiété « état » varient en fonction de l'interprétation (type et persistance) et de l'événement (situation ou stimuli). Ce modèle peut être répétitif si les

situations se reproduisent dans le temps. Par définition, l'anxiété « état » est une anxiété variable qui dépend de la nature du stimulus anxiogène (Belzung et Griebel, 2001).

Lister (1990) a défini l'anxiété « état » comme une anxiété que le sujet éprouve à un moment donné et qui augmente en présence d'un stimulus anxiogène.

- L'anxiété « trait »

Se rapporte à des caractéristiques relativement stables et spécifiques qui prédisposent les personnes à percevoir leur environnement et à y réagir de façon particulière et constante. Ce sont des dispositions latentes qui peuvent être activées par des circonstances et des situations appropriées (Graziani, 2005).

L'anxiété « trait » définit le trait de la personnalité, c'est-à-dire, le tempérament anxieux habituel et endogène du sujet (Graziani, 2005).

Lister (1990) a défini l'anxiété « trait » par le fait que c'est une anxiété qui ne varie pas d'un moment à un autre et qu'elle est considérée comme étant une caractéristique stable d'un individu et endogène dans le sens où elle relève des facteurs internes indépendamment des facteurs externes. Les études d'Endler (1997), montrent que pendant une confrontation stressante comportant une menace, l'anxiété « trait » agit comme une sorte d'amplificateur de l'anxiété « état ».

- L'anxiété pathologique

C'est une émotion persistante, incontrôlable, excessive, inappropriée, et aversive, déclenchant des réponses physiologiques et comportementales dépourvues de valeur adaptative. Le comportement lié à l'anxiété pathologique est une réaction exagérée à l'anticipation ou à la perception des menaces, qui est disproportionnée à la situation réelle (Frauke et al., 2008).

La peur et l'anxiété sont des mécanismes d'alarme adaptatifs pour un organisme. L'anxiété devient pathologique quand elle est inadaptée, i.e. quand elle est excessive, incontrôlable, qu'elle n'est pas déclenchée par des stimuli externes spécifiques ou qu'elle est associée à un certain nombre de signes, incluant la modification des comportements (par exemple, évitement de stimuli ou de lieux, modification de routines, etc. ; Bourin et al., 2007).

Chez l'homme, l'anxiété pathologique est caractérisée par des inquiétudes et des soucis excessifs et qui se produit pendant au moins six mois. Deux conceptions opposées ont été proposées pour expliquer la relation entre l'état normal et l'état pathologique chez un sujet. La première propose que l'anxiété pathologique puisse être considérée comme un excès quantitatif de l'anxiété normale. Tandis que la seconde propose que le passage de l'anxiété normale à l'anxiété pathologique résulte d'une variation qualitative, plutôt qu'une variation quantitative. (Hassan, 2008)

Les troubles anxieux comprennent sept types de troubles, variant selon l'objet de la peur (American Psychiatric Association, APA, 2003) : l'anxiété de séparation, la phobie spécifique, l'anxiété généralisée, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique et l'état de stress post-traumatique.

Les termes peur et anxiété sont souvent confondus. La peur constitue une réaction émotionnelle centrée sur le présent en réponse à un danger réel (Barlow et al., 1994).

Dans les deux cas, l'objectif initial de ces réactions est similaire : il s'agit de protéger l'organisme d'une menace, qu'elle soit imminente ou future (Durand et Barlow, 2002).

La distinction entre les deux repose sur la nature de la réponse qui est induite : la peur implique davantage une réaction immédiate, accompagnée de comportements observables de fuite ou de combat, alors que l'anxiété entraîne surtout un travail cognitif d'appréhension pour se protéger de la menace éventuelle (Beck et al., 1985).

L'inquiétude était définie comme une chaîne de pensées et d'images, chargée d'affects négatifs et relativement incontrôlable (Borkovec et al., 1983).

Une définition plus récente raffine le construit et précise la nature du processus cognitif impliqué. Elle propose que l'inquiétude serait une appréhension à l'égard d'événements négatifs futurs (Barlow, 2002), qui impliquerait la prédominance

D'une activité verbale à valence négative et un niveau minimal d'imagerie (Borkovec et al., 1998).

Lorsque l'inquiétude devient perpétuelle et qu'elle nuit de façon significative au fonctionnement d'une personne, il est désormais question du trouble de l'anxiété généralisée (Barlow, 2008 ; Durand et Barlow, 2002).

III.2. Les troubles anxieux

Le terme de troubles anxieux regroupe un ensemble de maladies, à savoir le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel-compulsif, l'anxiété généralisée, l'état de stress post traumatique, l'état de stress aigu et l'anxiété de séparation.

- Anxiété généralisée (Servant,2007)

L'anxiété généralisée est un trouble anxieux très fréquent dans la population générale. Sa prévalence à vie est d'environ 6% - 13% selon les études. Elle débute habituellement entre 18 et 35 ans et est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (2/1). Les facteurs de risque sont le divorce, la séparation, le veuvage, le chômage.

Il s'agit d'une pathologie chronique caractérisée par un tableau d'anxiété et d'inquiétudes persistantes, excessives et difficiles à maîtriser. Les soucis sont proches des préoccupations et des inquiétudes de la vie quotidienne (école, travail, famille, santé, succès...). L'anxiété généralisée peut s'accompagner de plusieurs symptômes psychiques et somatiques : agitation, fatigabilité, irritabilité, difficultés de concentration, tension musculaire, troubles du sommeil.

Elle s'accompagne d'invalidités affectant le travail, l'éducation, les interactions sociales, la vie familiale, de risque de suicide, d'utilisation importante des ressources de soins de santé, notamment d'arrêt de travail pour cause médicale. Elle se complique fréquemment d'autres troubles psychiatriques, comme la dépression et l'agoraphobie.

- Trouble panique (Boulanger,2007)

Le trouble panique est une pathologie chronique et récurrente. Il s'accompagne d'une incapacité fonctionnelle importante. Ce trouble est caractérisé par la survenue d'attaques de panique, le développement d'une anxiété anticipatoire, l'évitement phobique lié à la panique

avec souvent apparition d'une agoraphobie, et une invalidité psychosociale. La prévalence estimée à vie du trouble panique est d'environ 4-5 %, alors que celle des attaques de panique est de 15%. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes (2-3/1). Le trouble panique commence le plus souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Dans un tiers des cas environ, le trouble panique est associé à une agoraphobie. Il peut se compliquer d'abus d'alcool ou de drogues, de dépression, d'idées suicidaires voire de tentatives de suicide.

- Phobie sociale (Andre,2007)

La phobie sociale est un trouble anxieux fréquent dans la population générale. En effet, sa prévalence à vie est supérieure à 5%. Le sexe ratio est d'environ 3/2 (femmes/hommes). Ce trouble commence habituellement pendant l'enfance ou l'adolescence, son apparition après l'âge de 25 ans est rare. La phobie sociale est caractérisée par une angoisse excessive d'agir de façon embarrassante ou humiliante par rapport au regard d'autrui, souvent accompagnée de symptômes d'anxiété tels les palpitations, les sueurs, le tremblement, l'érythrose faciale. Cette peur peut être responsable de conduites d'évitement de certaines situations, notamment celles de se trouver ou d'agir en public. Les interférences avec la vie quotidienne sont fréquentes. Les abus de substances et la dépression sont des complications fréquentes de la phobie sociale.

- Phobie spécifique (Andre,2007)

La phobie spécifique est une peur irrationnelle ou excessive, déclenchée par un objet ou une situation. Elle s'accompagne le plus souvent d'un évitement de l'objet ou de la situation redoutés. Les phobies spécifiques sont réparties en 5 types (DSM IV/ CIM 10) : animal, environnement naturel, sang-injection-accident, type situationnel, autre (par exemple peur de vomir). C'est un trouble extrêmement fréquent. La prévalence sur la vie est de 7-11 %. Il commence le plus souvent dans l'enfance ou dans l'adolescence. Il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (2-3/1). La phobie spécifique peut se compliquer de problèmes socio-éducatifs, familiaux et professionnels.

- Trouble obsessionnel-compulsif (Millet,2007)

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est une des pathologies psychiatriques les plus graves qui existe. Il est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions, ainsi que de situations d'évitement. La prévalence estimée à vie est d'environ 2-3%, beaucoup moins fréquent que les autres troubles anxieux, mais également plus sévère et de prise en charge plus difficile. Le début se fait de l'enfance au début de l'âge adulte, avec une atteinte à peu près équivalente des deux sexes. L'évolution est progressive, avec périodes de recrudescence obsessionnelle mais aussi d'atténuation des symptômes. Les contraintes de la vie quotidienne sont importantes. Les complications sont fréquentes : dépression (80% des cas), abus d'alcool ou de médicaments, échec scolaire, perte de travail.

- Etat de stress aigu (Ferreri,2007)

La réaction à un événement traumatique est très différente selon les individus. La plupart des sujets arrivent à gérer un tel événement et à y faire face. Quand l'adaptation échoue, l'événement va entraîner une réaction traumatique. Moins de la moitié des personnes exposées à un événement traumatique répond par un état de stress aigu, qui est une réaction

survenant tout de suite ou peu après l'exposition à cet événement et disparaît souvent dans les heures ou les jours qui suivent. La réaction peut être plus ou moins intense, et comporte habituellement des symptômes anxieux du type attaque de panique. Dans les cas graves, les sujets concernés présentent des symptômes dits dissociatifs, de type déréalisation ou dépersonnalisation. L'état de stress aigu peut durer quelques semaines, mais également persister et se transformer en un trouble chronique entraînant des troubles psychiques et sociaux importants, connu sous l'appellation état de stress post-traumatique.

- Etat de stress post-traumatique (Ferreri,2007)

L'état de stress post-traumatique (ESPT) fait suite à un événement potentiellement traumatique ou à un état de stress aigu. L'événement traumatique est constamment revécu en pensées, perceptions, images, rêves (de façon spontanée ou déclenché par un stimulus). Les stimuli évoquant le souvenir du traumatisme sont évités. Il apparaît un détachement, un émoussement affectif, limitant les relations du patient et entraînant un handicap social. Il existe une activation neurovégétative et une hypervigilance. La dépression est quasi constante. Des troubles somatiques sont possibles (fatigue, douleurs, pathologies organiques). Sa prévalence sur la vie dans la population générale est d'environ 8%. Les femmes sont atteintes aussi souvent que les hommes. Il s'agit d'une pathologie qui peut survenir à n'importe quel moment de la vie. Les complications sont très fréquentes : abus d'alcool, de drogues, de médicaments, dépression, troubles alimentaires, troubles de la personnalité, autres troubles anxieux.

- Agoraphobie (Boulanger,2007)

L'agoraphobie est la peur des places publiques. Aujourd'hui, la signification de ce terme a été élargie à la peur des foules et à la crainte de ne pas pouvoir se retirer rapidement en un lieu sûr.

Les endroits redoutés sont évités ou subis avec une souffrance importante ou bien nécessitent la présence d'une tierce personne. L'agoraphobie est souvent une complication du trouble panique. La prévalence de l'agoraphobie sur la vie entière est de 1 à 2 %. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (2-3/1). L'agoraphobie commence habituellement entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, mais peut réellement se voir à tout âge. Elle entraîne des attaques de panique et un comportement d'évitement d'intensité variable. Les complications sont fréquentes, passant par l'invalidité dans les domaines social, éducatif, professionnel, familial, la dépression, l'abus d'alcool/de drogues, de médicaments voire une dépendance à ces substances.

- Anxiété de séparation (Pull,2008)

L'anxiété de séparation est une anxiété excessive concernant la séparation avec la maison ou les personnes auxquelles l'enfant, parfois l'adolescent, rarement l'adulte, est principalement attaché. L'anxiété est intense et persiste pendant une durée prolongée, souvent jusqu'au retour des personnes dont l'enfant a été séparé. Cette pathologie entraîne un profond sentiment de détresse au moment où l'enfant doit partir du domicile. L'enfant a une crainte excessive et persistante concernant la disparition de ses proches, il a peur qu'il pourrait leur arriver quelque chose de grave. De plus, l'enfant a peur de se perdre ou craint la survenue d'un événement malheureux qui le séparerait à jamais de ses proches. Cette angoisse entraîne

souvent un refus d'aller à l'école, de se coucher le soir ou de rester seul à la maison. D'après le DSM IV TR, la prévalence de l'anxiété de séparation sur la vie est de 4% chez les enfants et les jeunes adolescents. Elle est plus fréquente chez le sexe féminin. Sans traitement, elle peut persister pendant plusieurs années, avec des périodes de rémission et d'exacerbation.

A noter que l'anxiété de séparation commence et disparaît habituellement pendant l'enfance. Elle peut toutefois persister à l'adolescence ou à l'âge adulte et se manifester par des caractéristiques propres à chaque âge.

III.3. Causes

Parmi les causes potentielles de l'anxiété, il y a les stressseurs chroniques de la vie quotidienne (McWilliams, Cox, et Enns, 2003 ; Rawana, 2013), de même que les événements de vie marquants ou traumatisants (Davidson, Tupler, Wilson, et Connor, 1998 ; Goenjian et al., 2000).

Des sources fréquemment rapportées d'anxiété sont, par exemple, la maladie physique, les conflits interpersonnels, des menaces perçues à son bien-être personnel, la culpabilité, l'incertitude et l'isolement social (Cattell et Scheier, 1958).

Ces facteurs, de nature environnementale, interagissent avec des facteurs biologiques propres aux individus comme leur fonctionnement neuronal (Connor et Davidson, 1998) et leur génétique, modulant ainsi leur susceptibilité à ressentir l'anxiété (Shekhar, Truitt, Rainnie, & Sajdyk, 2005).

Le stress, chronique ou aigu, a un effet certain sur l'organisme, humain ou animal, le prédisposant à ressentir de l'anxiété à un niveau pathologique (McEwen, 2004).

Plusieurs expériences effectuées sur des rongeurs démontrent que le stress chronique tend à augmenter les conduites anxieuses (Bourin, et al., 2007 ; Evans, Sun, McGregor, et Connor, 2012).

III.4. Prévalence

Comme la prévalence des troubles anxieux varie selon le type d'anxiété mesuré, les différents instruments de mesure ainsi que l'âge des sujets, il est difficile d'établir les taux exacts de prévalence pour chacun des troubles. La prévalence des troubles anxieux chez les enfants est estimée à plus de 10 %, selon les résultats de 11 études épidémiologiques (Pine, 1994), alors que Costello et ses collègues (2011) rapportent un taux de prévalence moyen, estimé à partir d'une méta-analyse de 26 études, de 11 %, chez des adolescents (13 à 18 ans).

Par ailleurs, une étude épidémiologique populationnelle réalisée auprès d'adolescents (13 à 17 ans) révèle un taux de prévalence générale de l'anxiété sur 12 mois, de 24,9 % (Kessler et al., 2012).

Une étude plus récente (Burstein et al., 2014) observe un taux de 3 % pour l'anxiété généralisée chez des jeunes âgés de 13 à 18 ans. Lorsque le critère de durée est réduit à trois mois, ce taux augmente à 5 %.

L'étude épidémiologique de Merikangas et ses collègues (2010), réalisée auprès de 10 323 adolescents (13 à 18 ans), révèle les taux de prévalence à vie pour les 13 à 14 ans de 7,8 % pour l'anxiété de séparation, 21,6 % pour la phobie spécifique et de 1,0 % pour l'anxiété généralisée.

Il s'agit de pathologies particulièrement fréquentes. En effet, d'après les résultats de plusieurs études épidémiologiques dont les études de Robins en 1990 et de Kessler en 2005 aux États-Unis, ainsi que l'étude européenne ESEMED par Alonso et al en 2004, entre 10 et 25% de la population générale présente à un moment ou un autre de leur vie un trouble anxieux. Ce sont les pathologies les plus fréquentes parmi tous les troubles psychiques, environ deux fois plus fréquentes que les dépressions, vingt fois plus fréquentes que la psychose maniaco-dépressive, plus de trente fois plus fréquentes que la schizophrénie.

Plusieurs études épidémiologiques révèlent que les troubles anxieux sont largement répandus dans la population, avec des taux de prévalence variant de 7% à 60%, selon l'entrevue diagnostique utilisée pour diagnostiquer les individus, les tailles des échantillons sondés, la répartition des sexes des participants et la région du monde où une étude est menée (Grant et al., 2004; Kessler et al., 1994; Regier, Narrow, et Rae, 1990).

Cependant, la duplication du sondage national des comorbidités présente un taux de prévalence récent et fiable pour les troubles anxieux en Amérique du Nord, soit 18.1% (National Institute of Mental Health des États-Unis ; Kessler et al., 2005).

Ceci fait des troubles anxieux la catégorie diagnostique la plus représentée, devant les troubles de l'humeur à 9.5% (Kessler, et al., 2005).

III.5. Anxiété et dépression

Selon une étude menée aux Pays-Bas, 67% des individus souffrant d'un trouble de l'humeur souffrent d'un trouble anxieux comorbide et 75% affirment en avoir déjà eu un. Chez les individus atteints d'un trouble anxieux, ce sont 63% qui souffrent également d'un trouble de l'humeur comorbide, pour 81% qui révèlent en avoir déjà eu un (Lamers et al., 2011).

Étant donné les taux de comorbidité élevés des troubles anxieux et des troubles de l'humeur, certains chercheurs proposent un modèle statistique multivarié, basé sur la prévalence des troubles dans la population américaine, permettant d'expliquer la co-occurrence des troubles mentaux apparaissant le plus fréquemment (Eaton et al., 2011; Krueger, 1999; Krueger et Markon, 2006).

Bien qu'ils soient séparés dans les manuels diagnostiques, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur sont très fréquemment exprimés chez les mêmes personnes et pourraient partager des origines biologiques (Coccaro et al., 2012) et cognitives (Watson et Kendall, 1989) importantes. Parallèlement, 17,5% et 16,3% des sujets dépressifs avaient une anxiété généralisée (Kessler et al., 1999).

Dans les études menées par Kessler en 1999, sur 12 mois, 59% et 70% des patients avec un trouble anxieux généralisé avaient un épisode dépressif majeur.

Dans l'enquête ANADEP, 2,8% des sujets de l'étude présentaient une comorbidité anxiodépressive, la comorbidité anxieuse était plus fréquente chez les patients atteints d'un épisode dépressif majeur sévère (Chan Chee et al.). Cela entraîne aussi une plus grande récurrence du trouble anxieux et le traitement de la dépression est souvent plus long avec une rémission plus difficile à obtenir (Hirschfeld, 2001). Le taux de suicide est également majoré chez les patients souffrant d'une comorbidité anxio dépressive (Kovess et Delavelle, 1998).

III.6. Anxiété et cognition

L'une des hypothèses sur des liens importants de l'anxiété avec la performance dans des tâches cognitives est que la sécrétion de glucocorticoïde cortisol lors des périodes d'anxiété prolongée causerait à long terme des dommages importants à plusieurs structures du cerveau. Les auteurs de cette hypothèse se basent sur des dommages observés aux dendrites des neurones hippocampiques et amygdaliens à la suite de l'exposition à des stressseurs chroniques (McEwen et Sapolsky, 1995).

Une étude chez l'humain (Lee et al., 2007) appuie partiellement cette hypothèse de dommages cérébraux dus au stress et montre que les résultats à des tests psychométriques chez des personnes âgées sont négativement corrélés avec le taux de cortisol salivaire. En effet, un taux de cortisol plus élevé est associé à des résultats plus faibles sur le plan du langage, de la vitesse de traitement, de la coordination oeil-main, du fonctionnement exécutif général, de la mémoire verbale et visuelle, ainsi que de l'apprentissage verbal.

Dans une étude où l'anxiété était induite chez des hommes sans diagnostic psychiatrique, l'anxiété ne causait pas de déficit d'apprentissage verbal, de mémoire, de raisonnement logique, ni de mémoire de travail verbale ou visuelle (Hoffman et Al'Absi, 2004).

La présence d'un trouble anxieux comorbide à une problématique dépressive entraîne une performance inférieure à celle d'individus souffrant de dépression majeure sans comorbidité (Kizilbash et al., 2002).

De même, les individus souffrant de traumatismes cranio-cérébraux développent fréquemment des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, ainsi que divers déficits cognitifs (Lima et al., 2008).

III.7. Les conséquences des troubles anxieux

Lorsque l'anxiété devient anormalement intense, répétitive, prolongée et inéluctable elle peut présenter une forme pathologique, entraînant des comportements réprimés, des réponses négatives conditionnées, de mauvaises stratégies d'adaptation, et l'accroissement du niveau sympathique du système nerveux autonome (Craig et al., 2000).

Les différents troubles anxieux semblent affecter plus de filles que de garçons (Bergeron et al., 2007; Dumas, 2007).

L'étude transversale québécoise de Breton et ses collaborateurs (1999) réalisée auprès de 2400 participants, les adolescentes avaient quatre fois plus de probabilités de manifester un trouble anxieux (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et St-Georges, 1999), comparativement aux

garçons de 12 à 14 ans, alors que ce risque est diminué de moitié lorsque les filles sont âgées de 6 à 11 ans.

Différentes variables psychosociales ont été associées à la présence significative de l'anxiété chez les filles à l'adolescence: ces dernières affirment vivre plus d'événements stressants; elles sont plus centrées sur leur autoévaluation et sur les changements corporels qui se manifestent; elles ont une estime de soi plus faible que les garçons; elles ressentent plus de problèmes de santé; elles rapportent plus de symptômes psychosomatiques et elles sont plus dépendantes du soutien social reçu que les garçons (Albano et al., 2003).

De plus, la peur et l'anxiété sont socialement plus associées au genre féminin que masculin en Amérique du Nord (Costello et al., 2011)

Les troubles anxieux se développent progressivement et peuvent devenir chroniques. Si aucune intervention n'est offerte aux élèves, certaines problématiques sont observées : un risque que se développe un trouble de santé mentale comme un trouble anxieux ou de l'humeur, un problème de consommation de drogues ou d'alcool, un abandon précoce des études et un risque suicidaire plus élevé à l'âge adulte (Pine et al., 1998; Woodward et Fergusson, 2001).

De plus, la présence d'anxiété de façon significative peut avoir des conséquences sur l'adaptation des adolescents dans différentes sphères de la vie quotidienne et ainsi agir sur leur développement (Essau et al. , 2000).

À l'école, les élèves anxieux rencontrent certaines difficultés avec les pairs, manifestent plus de problèmes d'attention, affichent un taux d'absentéisme plus important, des difficultés de rendement scolaire ainsi qu'un risque de décrochage scolaire plus significatif que les autres élèves (Witteborg, Lowe et Lee, 2009).

Les troubles anxieux provoquent une souffrance significative sur le plan clinique et comportent une réduction de la qualité de vie avec un risque important de handicap social et professionnel, le patient n'osant plus sortir de son domicile, aller à son travail, communiquer avec d'autres personnes... souvent source d'arrêt de travail prolongé, d'échec scolaire, de perte de travail, d'hospitalisations courtes, de retrait et d'isolement social (Pull,2008).

Non traités ou détectés tardivement, ces troubles comportent un risque important de se compliquer, en particulier par des dépressions et l'abus d'alcool, de médicaments anxiolytiques ou de drogues illégales voire la dépendance à l'une de ces substances. Chaque trouble anxieux peut de même se compliquer d'un ou de plusieurs autres troubles anxieux (Regier et al.,1998).

Dans de nombreux articles, les mots stress et anxiété se superposent. Les situations anxiogènes deviennent presque une sous catégorie des situations stressantes (Graziani, 2005).

IV. Stress

IV.1. Stress

Le stress est un mot de plus en plus employé dans le langage courant et dans des circonstances diverses.

Le mot stress vient du latin « stringere » qui veut dire tendu, raide et de l'anglais « distress » qui veut dire détresse.

A ses débuts, le concept de stress est limité à l'idée d'une suite de réactions biologiques, puis il évolue avec les nombreuses théories scientifiques qui ont tenté de le développer, pour devenir actuellement une notion plus large, interactive entre l'individu et son environnement (Boudarene et al.1997 ; Agarwal, 1994)

Au 19e siècle, Claude Bernard introduit la notion d'équilibre entre le milieu extérieur et intérieur. Selon lui toutes les réactions du sujet face au stress n'ont qu'un seul but, celui du maintien de l'équilibre du milieu intérieur (Laborit, 1988).

Ensuite, le mot stress réapparaît au 20e siècle dans le langage des physiologistes :

En 1914, W. Cannon, utilisant la notion de stress dans un sens physiologique, puis en 1928 dans un sens psychologique, conçoit le stress comme « correspondant à des stimuli aussi bien physiques qu'émotionnels (Routier, 1991). Il précise les idées de Claude Bernard en développant la notion de constance du milieu intérieur ou homéostasie.

La notion de stress a été introduite par l'endocrinologue canadien Hans Selye en 1936, en décrivant le Syndrome Général d'Adaptation. C'est une contre-réaction qui permet de restaurer l'équilibre menacé par une agression extérieure (Grenier-Boley, 2001).

Selye (1936) porta son attention sur la réponse physiologique de l'individu aux stimuli. Il a défini le phénomène du stress comme une réponse non spécifique de l'organisme aux demandes qui lui sont faites. Selon cet auteur, le stress est la résultante de l'interaction de l'homme avec son milieu.

Selye (1974) décrit le stress comme étant la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. Peu importe le type de stressor, positif ou négatif, une série de réactions physiologiques et psychologiques s'en suivent. C'est ce que Selye appelle le syndrome général d'adaptation, qui comporte, selon lui trois phases. La première est la réaction d'alarme, la deuxième, la phase de résistance et finalement, la troisième, la phase d'épuisement.

Les sources de stress négatives comme les problèmes de santé, une charge de travail trop grande et une situation financière précaire vécus sur une base quotidienne affectent les défenses de l'individu et sa capacité d'adaptation (Selye, 1974).

Le stress constitue dans un premier temps, l'agent causal, le plus souvent représenté par des agents extérieurs nocifs. Dans un deuxième temps, le stress n'est plus l'agent causal mais la réponse de l'organisme à cet agent.

Ainsi Hans Selye considère le stress comme étant tout à la fois l'agent et le résultat de son action. Il faut rappeler que dans l'élaboration de ce concept, Selye faisait déjà la distinction essentielle entre eustress (bon stress) et distress (mauvais stress).

Le concept de stress a donc évolué et changé de signification au cours des années, de causes déclenchantes de Cannon, il devient effet consécutif avec Selye (Selye, 1936, 1950).

Ensuite on a assisté à un élargissement progressif du concept et de son champ d'application. Les travaux de recherche se sont multipliés et ont suivi schématiquement deux axes de recherche.

Le premier s'est focalisé sur les aspects neurobiologiques du stress et le second sur les dimensions psychologiques selon trois approches : psychosociale, cognitive, et psychobiologique (Boudarene et al., 1997)

Sur le plan psychologique, un stress apparaîtrait lorsque les exigences provenant de l'environnement surpasseraient la capacité adaptative d'un individu, ou son habilité à s'adapter (Cohen et al., 1995).

IV.2. Les stressseurs

Selye (1974) identifie les stressseurs comme les agents qui produisent le stress et qui font appel à un ajustement de la part de l'organisme.

Pour Dohrenwend (1974), les stressseurs sont des événements de la vie qui troublent ou menacent de perturber la marche des activités habituelles de l'individu. Selon ces deux auteurs, le changement imposé par l'événement agréable ou désagréable semble être le facteur déterminant du stress.

Plusieurs autres chercheurs ont investigué les agents stressseurs d'origine physique, psychique ou sociale. Kiev et Kohn (1979), dans une étude sur le stress, ont identifié la charge et l'échéance de travail, la pression du temps et l'écart entre les exigences de la tâche et les possibilités de réalisation comme étant des stressseurs prioritaires.

Les contraintes de la vie quotidienne, familiale, professionnelle ont toutes un impact sur l'état affectif de la personne et, selon le type de réactions qu'elles engendrent, le type de personnalité et la situation, on peut voir apparaître une manifestation de stress. Les chercheurs ont établi une distinction entre stressseur aigu et stressseur chronique. Les stressseurs aigus sont limités dans le temps, avec une phase d'initiation ainsi qu'une phase de terminaison clairement définies. Par contre, les stressseurs chroniques sont continus et exposent l'organisme à une source permanente du stress, qui provoque des réponses prolongées. Ces deux types d'agent stressseur ont été impliqués dans les changements de plusieurs paramètres biologiques et surtout immunitaires chez l'Homme, bien que le sens puisse varier selon le type de stressseur et l'état de santé de la personne (Seegerstrom and Miller, 2004).

IV.3. Les effets du stress

Selon Steptoe et al. (2000), les effets du stress se manifestent au niveau physiologique, comportemental, cognitif et au niveau de l'expérience subjective de l'individu.

Selye (1962, 1975) décrit les effets du stress dans l'organisme comme étant une série de réactions hormonales dont les résultats peuvent être quantifiés. Il qualifie ces réactions de syndrome général d'adaptation impliquant trois phases distinctes : la phase d'alarme durant laquelle l'organisme fait appel à ses capacités de défense, la phase de résistance où il augmente l'utilisation de ses mécanismes de défense et enfin, la phase d'épuisement des réserves où l'organisme ne peut plus résister au stress. C'est à cette phase que la maladie ou la mort peut survenir.

En effet, c'est surtout l'action constante et répétée des agents stressants sur l'organisme ou l'impact trop fort de ces derniers qui risquent d'être dommageables pour l'individu.

En plus de décrire les effets biologiques et hormonaux du stress, tels les changements dans le sang, dans l'urine et dans la conductivité de la peau, Appley et Trumbull (1967) notent aussi de l'anxiété, de la tension, des tremblements, de la fatigue et des changements dans la performance de l'individu.

Dohrenwend (1974) souligne que la nervosité, l'excitabilité, l'hypersensibilité et l'insomnie sont des symptômes fréquemment rencontrés chez une population exposée à une situation menaçante.

Jenkins (1979) est d'avis que certains cas d'ulcère peptique et l'asthme peuvent être considéré comme des réponses à des stressors interpersonnels qui font appel de façon répétée aux mêmes mécanismes de défense physiologique.

Le stress va provoquer des changements chez l'être humain qui va affecter son système cardiovasculaire, son système digestif et son système musculaire (Greenberg (1984)). -

Greenberg (1984) a énuméré une liste de 15 signes distinctifs qui peuvent nous avertir de la présence du stress dans notre vie. Voici la liste des avertissements de base que peut avoir l'être humain qui subit un stress : 1) Un changement drastique des comportements 2) Un changement du tempérament 3) Devenir très suspicieux 4) Abuser de l'alcool 5) Devenir très hostile 6) Être sur la défensive 7) Être souvent malade 8) Souffrir de nervosité excessive 9) Prôner les accidents 10) Prendre des chances inutiles 11) Devenir obsédé par le travail 12) Souffrir d'un sommeil défaillant 13) Avoir de mauvaises performances au travail 14) Souffrir de dépression 15) Faire utilisation de violence.

Après de nombreuses années de recherche il a été établi un lien entre le stress psychologique et les changements dans les fonctions organiques dont la fonction immunitaire (Herbert and Cohen, 1993; Segerstrom and Miller, 2004), cela a inauguré une nouvelle discipline au nom de Psycho-neuro-immunologie.

D'autres travaux ont mis en évidence la contribution du stress dans l'induction ou l'exacerbation de différents désordres comportementaux tels que l'anxiété (Van Dijken et al., 1992 ; Adamec et al., 1997 ; Haller and Bakos, 2002), la dépression (Anisman and Zacharko, 1990; Cabib and Puglisi-Allegra, 1996) et dans les comportements compulsifs de reprise, après une période d'abstinence, de la consommation de substances toxicomanogènes telles que la cocaïne (Ahmed et Koob, 1997; Sinha et al., 1999; Shaham et al., 2000), l'héroïne (Shaham et al., 2000), la nicotine (Buzek et al., 1999) ou l'alcool (Lê et al., 1998).

Au niveau scolaire, les nombreux changements dans la vie de l'étudiant sont sources de stress et peuvent augmenter son niveau d'anxiété, créer des problèmes de sommeil, causer une dépression et augmenter sa vulnérabilité à la maladie (Goplerud, 1980)

Baird (1969) souligne que ce n'est pas la probabilité de succès qui crée du stress, mais l'intensité de la compétition entre les étudiants.

IV.4. La gestion du stress

Lazarus et Folkman (1984) définissent la gestion du stress comme les efforts faits (tant physiques que psychologiques) pour gérer les demandes (internes ou environnementales ou les conflits entre celles-ci) qui dépassent les ressources d'une personne. Lorsque les auteurs parlent de gestion du stress, ils réfèrent habituellement à de sérieux problèmes qui provoquent chez les individus une détresse émotionnelle considérable, qui dépasse les capacités d'adaptation de l'individu et qui requiert une réponse nouvelle ou non habituelle à cette situation problématique.

Sheldon F. Greenberg (1984) présente trois stratégies générales que toute personne peut utiliser pour faire face au problème du stress. Les trois stratégies présentées sont : 1) gérer le stress 2) combattre le stress et 3) fuir le stress ou la situation stressante.

Il y a une relation concrète entre le stress et la nutrition. Une personne qui s'alimente mal n'est pas à l'abri des maladies tandis qu'une personne qui a de bonnes habitudes alimentaires peut éviter tout cela. Lorsqu'un individu n'a pas de bonnes habitudes alimentaires et fait face en même temps au stress, les effets négatifs chez cette personne sont alors plus néfastes que chez une personne en santé qui mange bien. L'impact d'un exercice physique régulier aide aussi à réduire et à gérer le stress de tous les jours. L'exercice physique maintient l'être humain en forme et éveillé et permet la prévention de maladies associées avec le stress, c'est-à-dire la tension et l'anxiété (Greenberg, 1984).

Selon Sheldon F. Greenberg (1984), la relaxation est une très bonne stratégie pour combattre les effets du stress. Quand un individu est relaxé, généralement la personne se sent bien. Il est important de relaxer pour pouvoir faire baisser la pression et la tension pour ainsi être en possession de tous nos moyens. La relaxation fait en sorte que l'être humain va se sentir bien physiquement et émotionnellement et va permettre la reprise de l'équilibre, sachant que le stress vient causer un déséquilibre.

V. Dépression

V.1. Concept de la dépression

Dans la littérature scientifique, on retrouve diverses expressions pour parler du phénomène de la dépression. Pour bien comprendre cette dernière, il est primordial de distinguer les trois niveaux de classification et d'évaluation utilisés dans la documentation scientifique soient : l'humeur dépressive, le syndrome dépressif et le trouble dépressif. D'abord, l'humeur dépressive se réfère à un sentiment de tristesse, un sentiment de vide ou d'humeur irritable. Le syndrome dépressif également nommé « dépression clinique » ou « symptômes dépressifs d'intensité clinique » est caractérisé par la présence et l'intensité de symptômes affectifs,

cognitifs, comportementaux et somatiques qui se manifestent simultanément. Enfin, le trouble ou désordre dépressif comporte les mêmes symptômes que le syndrome dépressif, mais sa durée et son intensité sont plus prononcées. Dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2003), les troubles dépressifs sont classés dans la catégorie « troubles de l'humeur ».

Le début des années 1980 fut un point marquant dans l'évolution de la recherche appliquée au phénomène dépressif chez les enfants et les adolescents. En effet, depuis la publication du troisième Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III; APA, 1980), les critères diagnostiques permettant de déceler les manifestations d'un trouble dépressif chez les adolescents y sont présentés, et ce, au même titre que chez les adultes. De fait, les symptômes de dépression semblent s'exprimer de manière similaire chez l'adolescent et chez l'adulte (Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994; Roberts, 1999).

Tout comme les adultes, les enfants d'âge scolaire et les adolescents sont susceptibles de présenter des symptômes associés à la dépression. Ceux-ci affectent leur fonctionnement dans différentes sphères de vie telles que les habiletés sociales, les habiletés interpersonnelles, les habiletés de résolution de problèmes et les processus d'apprentissage (Kovacs, 1989; Lewinsohn et al., 2003; Puig-Antich, 1987; Puig-Antich et al., 1985).

La littérature consultée identifie neuf indices communs permettant de reconnaître la manifestation de la dépression chez les adolescents :

- (a) humeur triste ou irritable,
- (b) perte d'intérêt dans les activités habituelles,
- (c) perte ou gain de poids,
- (d) insomnie ou hypersomnie,
- (e) agitation ou retard psychomoteur,
- (f) fatigue ou perte d'énergie,
- (g) sentiment de culpabilité ou de dévalorisation,
- (h) difficulté à se concentrer et à prendre des décisions,
- (i) pensées suicidaires ou tentatives de suicide.

Selon l'APA (2003), cinq de ces symptômes doivent être présents depuis au moins deux semaines et doivent causer un changement au niveau du fonctionnement antérieur de l'adolescent pour conclure à un diagnostic de dépression chez ce dernier. Les symptômes doivent également interférer dans plus d'une sphère de la vie de l'adolescent, tel le travail scolaire et les relations sociales.

V.2. Modèle cognitif de la dépression d'Aaron Beck

Le modèle cognitif de Beck (1967) a été l'un des modèles les plus utilisés pour expliquer la problématique de la dépression chez les adolescents (Lévesque et Marcotte, 2005). Les distorsions cognitives se sont d'ailleurs avérées fortement liées à la dépression chez les jeunes (Marcotte, 1995; Marcotte, 2000).

Le modèle cognitif de Beck a fait l'objet du plus grand nombre d'études empiriques (Abela et D'Alleandro, 2002). Cette approche théorique s'est également avérée efficace et fort utile pour comprendre la dépression en milieu scolaire (Marcotte, 2000).

Beck reconnaît qu'une combinaison de facteurs génétiques, biologiques, familiaux, sociaux, développementaux et relatifs à la personnalité constitue la cause de la dépression. Par contre, l'activation de schèmes cognitifs inadéquats représente pour lui le mécanisme fondamental de l'émergence de la dépression (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979).

Depuis le milieu des années 1980, le modèle cognitif de Beck a connu une évolution. Les schèmes individuels spécifiques sont davantage mis de côté pour laisser place à des constellations de personnalité plus générales, aussi nommées modes. Ce modèle suggère deux facettes de la personnalité considérées comme des facteurs de vulnérabilité de la dépression, soit la sociotropie et l'autonomie, regroupant des schémas cognitifs prédominants. Selon Clark et al., (1999), les dimensions de la personnalité, la sociotropie et l'autonomie, sont présentes chez tous les individus à des degrés divers. Lorsqu'un de ces traits de personnalité se manifeste de manière plus intense et inappropriée, l'individu devient alors vulnérable à la dépression (Marcotte et Pronovost, 2005).

V.3. Facteurs scolaires associés à la dépression à l'adolescence

La dépression à l'adolescence influence le fonctionnement cognitif et social du jeune, ce qui entraîne des répercussions sur son fonctionnement scolaire (Kovacs et Goldston, 1991).

Les résultats de Cheung (1995) indiquent qu'il existe un lien entre la dépression et le nombre d'événements de vie négatifs vécus par un jeune, son affiliation au groupe de pairs, le soutien qu'il perçoit de la part de l'enseignant et ses attentes face à sa réussite scolaire.

KaltialaHeino et al. (1998) soulignent que l'échec scolaire constitue une expérience négative qui engendre une vulnérabilité à la dépression. Cette vulnérabilité est exacerbée si la personne ne réussit pas à trouver de compensation positive dans d'autres domaines de sa vie.

Les résultats de Roeser et Eccles (1998) indiquent une diminution des symptômes de dépression chez les adolescents qui perçoivent que leur enseignant les considère comme de bons élèves.

Une recherche portant sur les facteurs de risque contribuant à l'abus de substances, à la réussite scolaire ainsi qu'à la dépression rapporte que plus les symptômes de dépression sont présents, plus la réussite scolaire tend à diminuer (Flannery et al., (1994).

Des études suggèrent également que les jeunes dépressifs présentent des problèmes sur le plan du fonctionnement scolaire tels que l'absentéisme (Stark, 1990). D'autres résultats montrent qu'une faible perception de sa compétence scolaire est associée à des symptômes de dépression chez les enfants (Blechman et al 1986; Cole, 1991), et que les jeunes dépressifs se disent moins satisfaits de leur rendement scolaire que les autres jeunes (Lewinsohn et al., 1995).

En classe, l'enseignant a de la difficulté à reconnaître les besoins particuliers des élèves anxieux ou dépressifs, puisque ces derniers ne sont pas nécessairement perturbateurs, à moins

qu'un trouble extériorisé soit aussi présent, tels que le trouble des conduites ou le trouble oppositionnel (Ramirez, Feeney-Kettler, FloresTorres, Kratochwill et Morris, 2006).

Il a d' ailleurs été démontré que les élèves dépressifs étaient plus à risque de décrocher de l'école que les autres élèves (Gagné et al., 2011).

Sans intervention, ces troubles peuvent se maintenir jusqu'à l'âge adulte et favoriser l'émergence de problèmes d'adaptation importants tels que le chômage, la consommation de drogues et d'alcool, des difficultés relationnelles et un risque suicidaire plus élevé (Pine et al.1998; Woodward et Fergusson, 2001).

En effet, plusieurs études ont mis l'accent sur le lien entre dépression et suicide comme étant le plus significatif parmi de nombreux autres facteurs tels que l'âge, le sexe, les événements de vie, l'environnement familial ...

Juon et al. Démontre en 1994, dans une étude coréenne sur 9000 lycéens, que la dépression est le plus fort facteur prédicteurs des comportements suicidaires.

Les comportements suicidaires chez les adolescents seront plus liés aux troubles dépressifs qu'avec d'autres facteurs pathologiques tels que les troubles de personnalité antisocial, borderline ou encore narcissique (Gould, 2003).

Dans une étude auprès de lycéens sud africains, il a été démontré que parmi d'autres facteurs tels que six différentes dimensions de l'estime de soi, la dépression tient la part de variance la plus importante par rapport aux tentatives de suicide et aux idéations suicidaires (Wild et al.,2004)

Pour d'autres adolescents dépressifs, ce sera plutôt la tendance à ressentir des symptômes physiques, comme une grande fatigue, des douleurs musculaires non spécifiées, sans que ceux-ci puissent faire les liens avec leur état psychologique. Une somatisation d'origine indéterminée requiert ainsi une investigation médicale, qui devrait également considérer des troubles comme l'anxiété et la dépression en ce qui a trait au diagnostic différentiel. Une hypersensibilité relationnelle, une réactivité à tout commentaire provenant des pairs et des membres de la famille, est aussi très fréquemment retrouvée chez les adolescents dépressifs (Lamas et Corcos, 2007).

Le plus souvent, les parents vont songer à l'apparition de signes de la crise d'adolescence comme phase développementale, plutôt qu'à une dépression majeure : changements brusques de l'humeur, remise en question par l'adolescent des règles de la société, bouleversements au niveau corporel (Bedwani, 2011).

V.4. Facteurs de risque

Le genre constitue une variable directement associée à la dépression à l'adolescence.

Au cours de l'enfance, la proportion de garçons présentant des symptômes de dépression est similaire ou supérieure à celle des filles. Cependant, ces dernières deviennent plus dépressives à l'adolescence que leurs pairs masculins dans un ratio de deux filles pour un garçon (Bennett et al. 2005; Bond et al. 2005; Cicchetti et Toth, 1998; Compas, Ey et Grant, 1993; Fleming et

Orford, 1990; Hankin et Abramson, 2001; Kessler et al., 1994; Lewinsohn et al., 1994; Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994; Wichstrom, 1999).

Cet écart selon le sexe a également été observé dans des enquêtes réalisées auprès d'adolescents québécois (Marcotte, 1996; Marcotte et al. 1999; Marcotte et al. 2002) et français (Choquet et Ledoux, 1994; Fahs et al., 1998).

Cette différence entre les genres apparaît au début de l'adolescence, entre 10 et 14 ans, et persiste jusqu'à l'âge adulte (Angold et al. 1998; Hankin et Abramson, 2001; Kessler et al. 1993; Marcotte et al. 1999; Twenge et Nolen-Hoeksema, 2002; Wade et al. 2002).

Certains chercheurs suggèrent que la différence de genre de la dépression apparaîtrait plus tard à l'adolescence à savoir entre 15 et 19 ans (Burke et al. 1990; Fahs et al., 1998; Lewisohn et al. 1998). En somme, le genre constitue une variable directement associée à la dépression à l'adolescence alors que le lien entre l'âge et les états dépressifs chez les adolescents semble plus mitigé.

Au niveau familial, il est classique en psychiatrie de considérer que le poids de l'environnement familial est important. Ceci est très clairement le cas dans la maladie dépressive. Les sujets ayant des antécédents familiaux de trouble de l'humeur sont plus à risque de dépression. Par ailleurs, le niveau de maltraitance dans l'enfance est associé au trouble dépressif majeur (Gopinath et al.,2007) .

De nombreuses études mettent en évidence que des antécédents familiaux de dépression constituent un facteur de risque majeur. En particulier, un enfant de parents déprimés présente un risque de dépression 3 à 4 fois plus élevé que dans la population générale. Des facteurs génétiques sont sans doute impliqués. Cependant, la part des mécanismes psychosociaux dans la transmission familiale de la dépression est tout à fait reconnue. En effet, des études d'adoption ont mis en évidence l'augmentation du risque de dépression chez les enfants dont les mères adoptives présentaient une dépression (Tully et al.,2008).

Au niveau environnemental, la précarité et le fait d'être issu d'une minorité sont des facteurs de risque de dépression. Parmi les risques psychosociaux, on retient également les deuils, les séparations et les conflits intrafamiliaux, ainsi que les maltraitances et négligences. Les conflits entre pairs et le harcèlement sont également des facteurs de risque identifiés. Plus que l'évènement unique, c'est la répétition, la chronicité et le cumul de ces facteurs qui sont associées à la dépression de l'adolescent (Thapar et al.,2012).

Certains troubles psychiatriques dans l'enfance seraient associés à un risque plus élevé de dépression à l'adolescence, tel que le trouble des conduites ou le trouble oppositionnel. Les mécanismes sous tendant cette association sont d'une part médiés par des facteurs environnementaux (comme l'exposition à plus de facteurs stressants du fait du trouble) mais il existe, d'autre part, l'hypothèse que l'irritabilité, une des dimensions du trouble oppositionnel avec provocation, partagerait avec la dépression une même vulnérabilité génétique (Stringaris et al.,2012).

V.5. Prévalence

La prévalence de la dépression à l'adolescence est difficile à établir de manière précise. En effet, la diversité des terminologies employées, l'hétérogénéité des échantillons provenant de populations générales ou cliniques, le regroupement des enfants et des adolescents dans les échantillons et, surtout, la variété des méthodes d'évaluation utilisées rendent les études sur cette question difficilement comparables (Baron, 1993; Brage, 1995; Cantwell et Baker, 1991; Kashani et al., 1981; Marcelli et Berthaut, 2001; Marcotte, 2000; Marcotte et Pronovost, 2005).

Une proportion de 10 à 15% des enfants et des adolescents présenteront, à un quelconque moment de leur enfance ou de leur adolescence, des symptômes dépressifs (Smucker et al. 1986).

Des chercheurs précisent, pour leur part, que 20% des adolescents souffriront d'une grave dépression entre l'âge de 12 et 19 ans (Cicchetti et Toth, 1998; Kessler et al., 1994).

Petersen et al. (1993) révèlent, quant à eux, que 20 à 35% des adolescents et 25 à 40% des adolescentes de leur échantillon manifestaient une humeur dépressive.

La prévalence ponctuelle des dépressions majeures des adolescents a été estimée à 4 à 8% par l'American Association of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP, 1998).

Pour leur part, Albert et Beck (1975) ont administré la version abrégée de l'Inventaire de dépression de Beck (Beck et al. 1961) à 63 élèves de 13 et 14 ans. Un peu plus de 33% d'entre eux présentaient une dépression modérée à sévère.

Kaplan et al. (1984) ont administré, quant à eux, la version complète de l'Inventaire de dépression de Beck (Beck et al., 1961) à 385 adolescents âgés de 11 à 18 ans. Quelque 13,5% de ces adolescents manifestaient une dépression légère, 7,3% une dépression modérée et 1,3% une dépression sévère.

Shaffer et ses collaborateurs (1996) rapportent, pour leur part, une prévalence de la dépression majeure de 5% auprès de leur échantillon de jeunes âgés entre 9 et 17 ans.

Statistique inquiétante, la prévalence à vie de la dépression majeure auprès de la population adolescente est estimée entre 15 et 20%, ce qui suggère que la dépression à l'âge adulte prendrait son origine au cours de l'adolescence (Harrington et al., 1996; Kessler et al., 1994; Lewinsohn et al., 1993).

Enfin, en se basant sur des critères diagnostiques très précis, les écrits scientifiques indiquent une prévalence de 5 à 9% du trouble dépressif majeur chez les adolescents (Marcotte et al. 2004).

VI. Burnout scolaire

VI.1. Historique

La problématique du stress en lien à l'activité de travail et son impact pathologique est largement étudiée chez les adultes à travers le syndrome du Burnout.

En 1768, le médecin suisse Samuel Tissot constate les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Il est considéré comme l'un des précurseurs d'une psychopathologie du travail, et son approche était essentiellement basée sur la prévention et l'hygiène du travail (Tissot,1991).

En 1959, Claude Veil développe l'idée de l'épuisement professionnel en décrivant les états d'épuisement au travail (Veil,1959).

Le terme de burnout (littéralement « se consumer ») a été désigné pour la première fois par Bradley (1969, cité par Doudin et al. 2011).

En 1974, le concept de Burnout est décrit par un psychanalyste allemand Herbert J. Freudenberger, pratiquant aux États-Unis :

« La maladie, écrit-il, sera considérée comme le franchissement d'un seuil de désadaptation, au-delà d'une marge de tolérance. » Pour lui, « le travail intéressant ne fatigue pas », et ainsi « quand la joie cède à la peine, le travail devient fatigue ».

A l'origine, ce terme employé dans le milieu de l'aérospatial désigne l'épuisement du carburant d'une fusée, ce qui aboutit à une surchauffe et à l'explosion de son réacteur (Freudenberger,1974).

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

Il s'agit d'un processus de désillusion pour Freudenberger. Tel un feu qui couve puis se propage, le Burnout doit commencer par une flamme : pour avoir été consumé, il faut initialement avoir été enflammé.

Christina Maslach, psychologue américaine et chercheuse en psychologie sociale, découvre le concept de burn out lors de ses travaux de recherche sur la psychologie de la santé en 1976 menés auprès de professionnels de santé, d'avocats, de travailleurs sociaux ... soit ceux engagés dans une relation d'aide. La notion de Burnout est d'abord apparue en tant que problème social, et non clinique (Maslach, 1976).

Elle identifie les trois dimensions du Burnout après avoir effectué de nombreuses recherches auprès de soignants et de professionnels engagés dans une relation avec l'autre, puis devient peu à peu la référente en la matière. L'épuisement émotionnel est la première dimension du syndrome, caractérisé par l'appauvrissement des ressources du sujet, l'amenant à une perte de motivation. La seconde dimension est la dépersonnalisation, ou détachement que le soignant développe envers les individus présents dans le contexte du travail. Vient ensuite la diminution de l'accomplissement personnel, se traduisant par un sentiment d'incompétence et une diminution de l'estime de soi. Après plusieurs études réalisées sur des échantillons de plusieurs centaines de personnes, elle crée en 1980 le Maslach Burnout Inventory, ou MBI, l'échelle mondiale validée pour décrire le Burnout (Maslach,1981).

VI.2. Concept de Burnout

VI.2.1. Définitions

La définition de Christina Maslach et Susan Jackson est considérée comme la référence : le Burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de «réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui » (Maslach,1986).

Pour le psychologue américain Cary Cherniss, l'épuisement professionnel se situe à l'intérieur même du concept de stress, en respectant un cycle en trois temps : le stress, les pressions extérieures et les stratégies d'adaptation. Le Burnout apparaît lors de la troisième étape, lorsque les ressources adaptatives du sujet sont dépassées (Cherniss,1995).

Il s'agit d'être « victime d'un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, résultant de l'accumulation de tensions mal canalisées dans sa relation avec son emploi et entraînant une impression d'échec, une baisse d'efficacité ainsi qu'une perte d'intérêt notable pour le travail » (Servant,2005).

L'épuisement professionnel est un syndrome psychologique qui peut être vécu par un individu lorsqu'il est continuellement exposé à des insatisfactions au travail dues à l'écart qui existe entre l'effort qu'il fournit et les bénéfices qu'il en retire. Il sent un déséquilibre entre la demande de travail (surcharge) et la satisfaction qu'il a en retour (Leiter, et Schaufeli, 1996; Maslach, et Leiter, 2008).

Actuellement, il n'existe pas de définition précise du Burnout, mais suite aux travaux de Freudenberger (1974, cité par Doudin et al., 2011) et Maslach (1976, cité par Doudin et al., 2011), un consensus est apparu sur la prise en compte des trois dimensions du Burnout:

- Le sentiment d'épuisement émotionnel
- Une diminution de l'accomplissement personnel
- Une tendance à la déshumanisation (ou dépersonnalisation)

VI.2.2. Un syndrome tridimensionnel

Selon le modèle théorique de Maslach, l'épuisement professionnel est composé de trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation - concept qui dans les années 1990 a été redéfini pour devenir celui de cynisme afin d'élargir la mesure aux professionnels des domaines autres que les services -et le sentiment d'efficacité ou de compétence (Chang et al. 2000; Maslach et al. 1996; Maslach, et Leiter, 2008; Maslach et al. 2001).

L'épuisement émotionnel fait référence au sentiment de se sentir surchargé et démuni face à ses ressources émotionnelles ou physiques. Il se traduit souvent par une fatigue extrême et un sentiment d'épuisement.

L'épuisement émotionnel n'est pas un sentiment que l'on expérimente tout simplement du jour au lendemain. Cela serait plutôt une stratégie d'adaptation afin de se distancer émotionnellement et cognitivement de la surcharge de travail (Maslach, et al., 2001; Maslach, et Leiter, 2008).

Alors que l'épuisement émotionnel est une composante intra personnelle, la dépersonnalisation serait une composante interpersonnelle, puisqu'elle prend en considération la relation aux autres (Maslach et al., 2001). En effet, la dépersonnalisation correspond à une attitude négative, détachée et cynique envers le travail et les personnes qui sont sous la responsabilité de la personne concernée (Maslach et al., 2001). Enfin, la réduction du sentiment d'efficacité personnelle correspond à un sentiment d'insatisfaction ou d'échec à l'égard de soi-même et de ses compétences (Maslach et al., 2001).

L'épuisement émotionnel et le cynisme sont considérés comme les dimensions principales de l'épuisement professionnel (González-Româ, Schaufeli, Bakker, & Lloret, 2006; Green et al. 1991).

La troisième et dernière dimension est la réduction de l'accomplissement personnel, se traduisant par une dévalorisation de ses compétences et une diminution de l'estime de soi. Le travail peut s'en trouver modifié avec des comportements d'abandon, d'absentéisme, ou au contraire de surinvestissement inefficace.

Cette dimension peut être en quelque sorte une réponse à la présence d'une ou des deux autres dimensions.

Or, la dimension du sentiment d'efficacité a fait l'objet de certaines critiques puisqu'elle semble refléter davantage une caractéristique de la personnalité qu'une composante de l'épuisement professionnel (Coders, et Dougerthy, 1993; Shirom, 2003).

VI.2.3. Le Burnout scolaire

Le Burnout a été initialement perçu comme un trouble lié au monde du travail, dans le cadre de professions avec une dimension relationnelle importante (enseignant, travailleurs sociaux, etc.), puis il a été appliqué dans le monde du travail en général. Ce n'est que dernièrement que ce concept s'est également appliqué aux élèves (Salmela-Aro et al. 2008).

Selon Maslach et al. (2001), le Burnout pourrait être présent dans n'importe quelle profession où l'engagement constant avec les gens est un aspect critique du travail.

Les élèves ont des tests à passer, des devoirs à faire et sont aussi soumis à un stress important (résultats scolaires, attentes des parents, etc.) et Comme dans un environnement de travail, ils ont continuellement des travaux, des échéanciers précis et beaucoup d'heures d'implication. Ils ont beaucoup de travaux et d'études à l'extérieur des heures de cours et cela représente une raison pour laquelle ils se sentent continuellement sollicités mentalement (Law, 2007; Salmela-Aro, et al., 2008).

Une étude observe chez des étudiants universitaires un niveau d'épuisement similaire à celui de professionnels pratiquant dans des milieux traditionnellement reconnus pour favoriser l'épuisement professionnel (Law, 2007).

Le Burnout des élèves est un phénomène qui a toute son importance du point de vue scientifique (certaines études donnent un pourcentage d'élèves en burnout de l'ordre de 10 à 15% (Salmela-Aro et al. 2008).

Une étude effectuée en Finlande auprès d'adolescents montre que 10-15% d'entre eux souffrent d'un Burnout grave à l'école (Salmela-Aro, 2011).

Une autre étude (Zakari et al. 2011) faite auprès de lycéens français montre que 29% des élèves ont un des symptômes de Burnout.

Le Burnout des élèves est donc défini comme un syndrome chronique de stress lié à l'école (Salmela-Aro, 2011 ; Salmela-Aro et al. 2009).

Il se manifeste par :

- un épuisement attribuable aux demandes de l'école : l'épuisement émotionnel, dans un contexte scolaire, fait référence au sentiment d'épuisement que l'élève ressent face à la surcharge d'étude et à son manque de ressources pour s'en sortir.
- Un détachement vis-à-vis de l'école : le cynisme renvoie à une attitude désintéressée et détachée de l'étudiant face à son projet d'études.
- Un sentiment d'inadéquation face aux exigences de l'école : puisque l'étudiant se désengage progressivement de ses études, il a plus de chances de vivre des échecs et des insatisfactions face à ses performances scolaires. Il peut se sentir incompetent dans son rôle d'étudiant (sentiment d'inefficacité) (Zang, et al., 2007 ; Schaufeli, et al., 2002).

VI.2.4. Echelles de mesure

Les trois dimensions sont indépendantes et définissent le syndrome du burnout. Afin de le quantifier, des échelles ont été introduites, dont la plus connue est celle introduite par Maslach (1976), ou échelle MBI (pour Maslach Burnout Inventory).

Elle repose sur 22 items permettant de mesurer les trois dimensions du burnout : neuf pour l'épuisement émotionnel, cinq pour la déshumanisation, et huit pour l'accomplissement personnel. Un score est donné à chacune de ses trois dimensions : le résultat n'est donc pas un résultat global de Burnout.

Le burnout semble être un processus qui se développe initialement par le sentiment d'épuisement émotionnel, suivi de la diminution de l'accomplissement personnel, et finalement la déshumanisation (Taris et al. 2005, cité par Doudin et al., 2011).

Il existe également une échelle pour mesurer le burnout des élèves (inspirée du MBI) : c'est le School Burnout Inventory (SBI) (Salmela-Aro, 2011 ; Salmela-Aro et al., 2008) mesuré par les trois variables :

- Un épuisement émotionnel à l'école ;
- Un détachement par rapport à l'école ;
- Le sentiment d'inadéquation à l'école.

Pour Salmela-Aro (2011), la dynamique des trois dimensions du Burnout des élèves est cependant légèrement différente de celle vue précédemment, dans le sens où le sentiment d'inadéquation est la phase ultime au lieu d'être intermédiaire. On a donc en premier lieu l'épuisement émotionnel, suivi d'un détachement par rapport à l'école (qui peut se traduire par une attitude cynique) et finalement le sentiment d'inadéquation.

VI.3. Facteurs de risque

Parmi tous les facteurs de risques qui existent concernant le Burnout, les facteurs sociodémographiques sont ceux qui sont habituellement inclus dans les analyses de la majorité des études. Les caractéristiques qui ont fait l'objet de la plupart des recherches sont : l'âge, le genre, l'état civil, les années d'expériences et la scolarité (Fortin et Vanier, 1998 ; Dumas, 1993 ; Gillespie et Numerof, 1991 ; Villeneuve, 1991 ; Maslach, 1982).

Les résultats des recherches qui ont étudié la différence selon le « genre » sont contradictoires. Certaines affirment qu'il existe un lien entre le genre et les composantes du Burnout et d'autres recherches ne constatent pas de lien significatif.

Le genre est un facteur de dissension entre les auteurs mais certaines recherches démontrent que les femmes ont tendance à être plus épuisées.

Toutefois, il semble exister, dans quelques études, une différence entre les hommes et les femmes par rapport au MBI {Maslach Burnout Inventory}.

Dans ce sens, les filles sont plus à risque face au Burnout que les garçons (Salmela-Aro, 2011 ; Salmela-Aro et al., 2008).

D'autres parts, Certaines études notent un niveau plus élevé de Burnout chez les hommes pour la dimension du cynisme tandis que d'autres l'observent chez les femmes pour la dimension de l'épuisement émotionnel ou n'observent aucune différence (Maslach, et al., 2001).

Cependant, dans l'étude de Gillespie et Numerof (1991), il s'est avéré qu'ils n'ont pas trouvé de lien significatif entre le genre et le Burnout.

La relation entre l'âge et le Burnout est quelque peu divergente d'une étude à l'autre. Certains chercheurs affirment que les jeunes courent plus de risques de s'épuiser et d'autres ne mentionnent pas de relation significative entre l'âge et l'épuisement professionnel (Fortin et Vanier, 1998 ; Dumas, 1993 ; Villeneuve, 1991).

Le niveau scolaire est également lié au syndrome du Burnout. Si l'élève a de bons résultats scolaires, ceci contribue fortement à être un facteur de protection, et inversement, si le niveau scolaire est faible, alors le risque de Burnout augmente).

Si les attentes scolaires de l'élève sont en adéquation avec ses résultats scolaires, le risque de Burnout s'en trouve diminuer (Konu et al., 2002).

La structure familiale (Konu et al. 2002 ; Salmela-Aro et al., 2008) ne joue cependant, et contre toute attente, aucun rôle dans l'apparition des symptômes du Burnout.

L'influence des pairs est aussi importante : si l'élève connaît au moins un(e) ami(e) intime auquel il peut se confier (Konu et al., 2002), ceci contribue à diminuer le risque d'apparition de symptômes de Burnout. De plus, il a été remarqué que le niveau de Burnout d'un élève par rapport à son groupe de pairs est assez similaire (Kiuru et al. 2008).

VI.4. Conséquences du Burnout

Les symptômes qui sont le plus souvent présentés sont de nature : physique, émotive, cognitive et comportementale. Dans la première catégorie se retrouvent : la fatigue, les maux

de tête, les maux de dos, l'hypertension artérielle, les problèmes somatiques, la perte d'appétit, le stress, la dépression, une apparition fréquente de maladies (ex : rhume fréquent), etc.

D'ailleurs, Soares (2004) a démontré dans son étude auprès des membres de La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) travaillant dans le secteur de l'éducation et des services de santé et des services sociaux, que les symptômes de détresse psychologique sont très élevés dans 19,3 % des cas.

En ce qui concerne les symptômes de nature émotionnelle, il y a : l'anxiété, les peurs, l'ennui, la colère, le sentiment d'inefficacité et d'impuissance, le désespoir, etc. Dans la troisième catégorie qui réfère aux cognitions, il y a la baisse de l'estime de soi. Il arrive souvent que la personne épuisée vive beaucoup d'insatisfaction au travail et qu'elle ait l'intention de quitter son emploi (Guindon, 1994).

Dans le dernier type de symptômes, les comportements tels : l'irritabilité, l'impatience, le cynisme, le détachement, l'hypersensibilité et les attitudes négatives envers ses collègues, ses clients ou ses amis, sont rapportés. Des idées suicidaires peuvent même survenir.

L'incapacité à prendre des décisions fait partie des symptômes. Il est également probable de voir une personne multiplier ses conflits avec d'autres individus dans son milieu de travail. Il se peut que la personne épuisée perçoive une diminution de sa créativité ou qu'il lui arrive de manquer de jugement ou d'avoir des troubles de mémoire ainsi que des troubles de concentration. La personne a cessé de rire et d'avoir du plaisir au travail.

Les tâches routinières sont perçues comme un défi et son rendement au travail peut diminuer (Groupe Shepell, 2004 ; Soares, 2004 ; Arcand et Brissette 1998 ; Boucher et coll. 1998 ; Fortin et Vanier 1998 ; Dumas, 1993 ; Commission de la fonction publique, 1991 ; Villeneuve, 1991 ; Freudenberg, 1987).

Les conséquences de l'épuisement professionnel sont multiples. Il peut y avoir des coûts sur la santé physique et psychologique de la personne, des coûts financiers et humains pour le milieu de travail, des coûts pour la clientèle et des coûts pour l'environnement de la personne épuisée (Fortin et Vanier 1998).

De plus, les études soutiennent que l'épuisement scolaire peut amener l'étudiant à avoir un plus haut taux d'absentéisme, une faible motivation pour faire les travaux scolaires, une réduction de ses performances scolaires et un fort pourcentage de décrochage (Law, 2007 ; Yang, et Farn, 2005).

Selon Lecomte (2004), il y a un parallèle fort intéressant à faire entre le sentiment d'efficacité et la réussite scolaire autant du point de vue de l'élève que celui de l'enseignant.

VI.5. Burnout et stress

La plus grande distinction entre le stress et le Burnout implique l'aspect multidimensionnel du syndrome d'épuisement (Maslach, et Jackson, 1981 ; Maslach, et al., 1996 ; Maslach, et al., 2001).

Par conséquent, le Burnout n'est pas uniquement le résultat de stress comme tel, mais plutôt de stress que l'individu n'arrive pas à gérer (Farber et Heifetz, 1982).

En effet, une personne peut devenir chroniquement stressée au point d'en développer des maladies physiques et mentales dont le Burnout (Lupien, 2010).

De plus, le stress peut être vécu, par moments, positivement et peut être canalisé en une énergie productive (Noushad, 2008). Ainsi, le stress en général peut, à certains moments, affecter favorablement la performance, contrairement à l'épuisement, qui n'entraîne que des résultats négatifs (Law, 2007).

VI.6. Burnout et dépression

Le Burnout est un problème spécifique au travail ou à un contexte précis, tandis que la dépression s'étend à tous les domaines de la vie personnelle (Maslach, et al., 2001).

Et plusieurs études suggèrent que le Burnout peut prédire la dépression et d'autres symptômes émotionnels (Greenglass, et Burke, 1990 ; Maslach, et Leiter, 2008 ; Salmela-Aro, 2011 ; Salmela-Aro et al. 2009),

Alors que d'autres études (Kessler et Walters, 1998 ; Klerman, 1988 ; Klerman et Weissman, 1989 ; Paunesku et al. cités dans Zakari et al., 2011) montrent que la dépression n'est pas négligeable chez les élèves et donnent une estimation de l'ordre de 24% d'adolescents dépressifs (élèves de moins de 24 ans), ce qui justifie l'importance du problème.

Dans cet esprit, Clark et al. (1988) ont investigué sur la relation entre les humeurs dépressives et les performances scolaires pendant une période de quatre ans. Étonnamment, les étudiants qui ont un indice élevé d'humeurs dépressives ont, à tout autre moment dans leur cheminement scolaire, des résultats scolaires plus élevés que leurs résultats de première année. Ainsi, les résultats scolaires augmentent ou se maintiennent pendant que leur état dépressif augmente. Ces résultats permettent de supposer que la demande de travail exigée pour atteindre la performance scolaire a pour effet d'augmenter les humeurs dépressives et l'épuisement.

Partie III :

I. Les schémas précoces inadaptés

I.1. Concept de schémas :

Le premier théoricien ayant nommé recours au concept de schéma est le philosophe allemand Emmanuel Kant au 18^e siècle. Dans sa Critique de la raison pure, il remettait en cause le processus voulant que l'on perçoive objectivement notre environnement et qu'on enregistre la réalité telle quelle dans notre esprit (Kant 1781/1944, cité dans Rusinek, 2006).

Kant soutenait que l'on informe les stimuli de notre environnement, que l'on ne perçoit de la réalité que ce que nos «schémas» nous permettent de saisir et de comprendre «Les schèmes [...] peuvent être compris comme des catégories mnésiques.

Kant développait aussi l'idée que ces schemata recouvraient en mémoire des valeurs issues de nos expériences passées. » (Kant 1781/1944, cité dans Rusinek, 2006, p.11).

Dans le domaine de la psychologie cognitive, la notion de schéma a été introduite par Bartlett (1932) qui émettait l'hypothèse de l'existence de structures chez les individus qui organiseraient l'information, la compréhension et les attentes par rapport à un sujet donné. Les schémas permettraient donc de classer les expériences et d'en extraire une idée générale rendant plus aisé l'apprentissage.

Plusieurs théoriciens dans le domaine de la psychothérapie ont abordé le concept de schéma pour expliquer différentes pathologies. Des auteurs comme Kelly (1955), Segal (1988) et Beck, Rusk, Shaw et Emery (1979) ont recours au concept de schéma, qui est défini dans ce domaine comme «tout grand principe organisateur ayant pour but d'expliquer les expériences vécues par un individu. » (Young et al., 2005, p.34)

Pour Young, parler du schéma d'une personne équivaut à cerner ses modèles de réactions face à certaines situations, et ce, dans différentes modalités : cognitives, émotionnelles, mnésiques et corporelles. Lorsque ces modèles sont activés ou utilisés par l'individu, ils provoquent une réponse comportementale : « [...] les comportements

sont dictés par les schémas, mais n'en font pas partie» (Young et al., 2005, p.35). Ainsi, les schémas expliquent les modèles de réactions internes et externes qui perdurent dans le temps, ce qui en fait des fondements de la personnalité. Pour Young, les schémas ne sont pas uniquement constitués de croyances, des émotions, des souvenirs et des sensations physiologiques en font également partie.

Les schémas peuvent être adaptés ou inadaptés au sens où ils contribuent plus ou moins au bien-être d'une personne et à son fonctionnement : « (..) il existe des schémas positifs comme il existe des schémas négatifs, de même qu'il existe des schémas précoces et des schémas tardifs » (Young et al., 2005, p.36)

Les SPI se formeraient donc par l'accumulation répétée d'expériences négatives et seraient une réponse adaptée qu'un individu aurait développée relativement à des expériences sur lesquelles il n'avait pas de pouvoir lorsqu'il était enfant. Par contre, à l'âge adulte, une

personne appliquerait ces façons de penser, devenues automatiques et implicites, à plusieurs situations - interprétant le monde avec ces pensées réflexes - ce qui l'empêcherait d'assouvir ses besoins (Rafaeli et al. 2011). Ces patrons de pensées deviendraient donc des croyances erronées par rapport à soi et à l'environnement (Young et al. 2003).

Young et al. (2005) proposent six caractéristiques des schémas précoces inadaptés et considèrent que ces derniers constituent des fondements des troubles de la personnalité :

- Un modèle ou un thème important et envahissant,
- Constitué de souvenirs, d'émotions, de cognitions et de sensations corporelles,
- Concernant soi-même et ses relations avec les autres,
- Constitué au cours de l'enfance et de l'adolescence,
- Enrichi tout au long de la vie de l'individu,
- Dysfonctionnel de façon significative.

La dernière caractéristique permet de différencier les schémas adaptés des schémas inadaptés.

I.2. Origines :

L'origine des schémas est intimement liée à la réponse aux besoins affectifs fondamentaux : « Notre idée de base est que ces schémas sont la conséquence de besoins affectifs fondamentaux qui n'ont pas été comblés au cours de l'enfance » (Young et al., 2005, p.37). Young postule cinq de ces besoins affectifs fondamentaux sans les définir ni les étayer. Il ne fait qu'en proposer une liste (Young et al. 2005, p.37) :

- Besoin de sécurité dans l'attachement aux autres,
- Besoin d'autonomie de compétence et d'identité,
- Besoin d'exprimer ses besoins et émotions librement,
- Besoin de spontanéité et de jeu,
- Besoin de limites et d'autocontrôle.

Pour Young, « un individu sain sur le plan psychologique est une personne qui arrive à combler ses besoins affectifs fondamentaux » (Young et al., 2005, p.37)

Au cours de la vie, un schéma inadapté apparaît donc quand des besoins sont carencés, mal ou trop comblés que ce soit à travers des expériences répétées ou lors d'évènements Traumatisants

Un schéma peut également naître de l'internalisation d'un parent auquel l'enfant se serait identifié : « [...] Leurs internalisations et leurs identifications se font de façon sélective sur certains aspects des personnes de leur entourage proche. Certaines de ces identifications deviennent des schémas, et d'autres deviennent des styles d'adaptation ou des modes » (Young et al., 2005, p.39).

I.3. Evènements déclencheurs :

Selon la formulation de Young, les schémas inadaptés sont « activés » chez les patients par « des évènements de leur vie, qu'ils perçoivent inconsciemment comme identiques aux évènements traumatiques de leur enfance. » (Young et al. 2005, p. 35).

Généralement, les schémas inconditionnels apparaissent en premier dans l'histoire d'une personne. Ils concernent des croyances de la personne envers elle-même, envers les autres ou envers le monde, qu'elle ne croit pas pouvoir changer : « Les schémas inconditionnels ne laissent aucun espoir au patient : quoi qu'il fasse, le résultat sera le même. (Young et al., 2005, p.50).

Un schéma conditionnel est un schéma qui implique, selon les croyances associées, que la personne puisse adopter une attitude ou agir de manière à se soustraire à une conséquence désagréable, généralement une conséquence associée à un schéma inconditionnel (Young et al., 2005, p.50). Les schémas conditionnels peuvent aussi constituer ou faire partie des stratégies d'adaptation.

Young (cité dans Young et al., 2005) identifie dix-huit schémas inadaptés. Il affirme que ces schémas englobent les principaux thèmes problématiques qu'il a lui-même rencontrés chez ses patients souffrant de troubles de la personnalité. Ces schémas inadaptés sont classés dans cinq grands domaines selon le besoin auquel ils se rapportent plus directement (Annexe 2).

I.4. Stratégies d'adaptation dysfonctionnelles

Les patients présentant des schémas inadaptés vont développer des stratégies ou des styles pour « s'adapter à leurs schémas, tout en évitant de ressentir les émotions intenses et insupportables que ceux-ci engendrent. » (Young et al., 2005, p.62)

Des patients présentant un même schéma peuvent avoir recours à des stratégies différentes pour s'adapter à leurs schémas et une même personne peut avoir recours à plus d'un style adaptatif. La soumission, l'évitement et la compensation sont les trois styles d'adaptation aux schémas (Young et al., 2005).

I.4.1. La soumission

Cette stratégie réfère à une tendance à choisir des situations, des partenaires ou des attitudes qui activent les schémas, consciemment ou pas et conséquemment, à vivre les émotions et les sensations corporelles associées avec résignation.

I.4.2. L'évitement

L'évitement du schéma consiste à s'efforcer de ne pas se retrouver dans des situations qui déclenchent ces schémas. L'évitement peut aussi concerner les émotions et les pensées associées aux schémas. Par exemple, un patient qui présente un schéma « abandon » peut éviter les relations, mais également éviter de penser aux souvenirs d'abandon, de ressentir de la tristesse associée à la solitude ou de penser à l'éventualité qu'une relation amoureuse puisse se terminer un jour. On parlera alors d'évitement cognitif et émotionnel.

I.4.3. La compensation

Avoir recours à des stratégies de compensation consiste à adopter « des pensées, des émotions, des comportements et des styles relationnels qui correspondent à l'opposé du schéma » (Young et al., 2005, p. 64). Par exemple, un patient présentant un schéma « abandon » pourrait mettre fin rapidement aux relations aussitôt que des signes mineurs et

normaux de conflits ou d'insatisfaction s'y font voir. Ainsi, le patient qui compense pourrait abandonner avant d'être abandonné, et donc avoir un comportement contraire à son schéma.

I.5. Maintien des schémas

Les schémas « se battent pour survivre» (Young et al., 2005, p.35) selon la formule de Young. Ils auraient tendance à perdurer au cours de la vie. « Certains auteurs parlent du besoin d'une continuité cognitive, dont le but est le maintien d'une vision stable de soi-même et du monde, même si celle-ci est en fait imprécise ou erronée. » (Young et al., 2005, p.34).

Plusieurs mécanismes contribuent au maintien des schémas : des mécanismes cognitifs, comportementaux ainsi que les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles. Les personnes présentant des schémas inadaptés s'engagent dans des scénarios de vie défaitistes (Young et al., 2005, p.59) de manière répétée. Elles font en sorte de recréer involontairement les conditions infantiles à l'origine des schémas inadaptés puisque ceux-ci « jouent un rôle majeur dans leur façon de penser, de ressentir, d'agir et d'entrer en relation avec les autres» (Young et al., 2005, p.36). Ces conditions concernent le choix de situations ou de relations qui réactivent et confirment les schémas.

Finalement, les mécanismes d'adaptation aux schémas ainsi que les schémas conditionnels contribuent également au maintien des schémas. La personne qui se soumet à son schéma ne cherche pas à le modifier ni à modifier les mécanismes de maintien décrits précédemment parce qu'elle ne croit pas que cela est possible. La personne qui évite d'activer son schéma ainsi que la personne qui cherche à le compenser maintiennent également leurs schémas.

Chapitre 2 :

Méthodologie

I. Participants :

Nous avons exclu de l'étude les élèves n'ayant pas répondu à plusieurs questionnaires, ainsi que ceux ayant des scores qui indiquent la non validité de l'un des questionnaires proposés.

Au terme de cette opération, la population finale est composée de 2296 adolescents âgés entre 15 et 21 ans avec une moyenne d'âge de $16,93 \pm 1,53$ ans, ayant accepté de participer à ces investigations sur une base volontaire.

I.1. Lieu de l'enquête :

L'enquête a eu lieu à Béni Mellal et ses régions, et les élèves sont issus de différents lycées de l'enseignement public. La figure 1 représente la répartition des lycées fréquentés par les élèves participant dans cette étude.

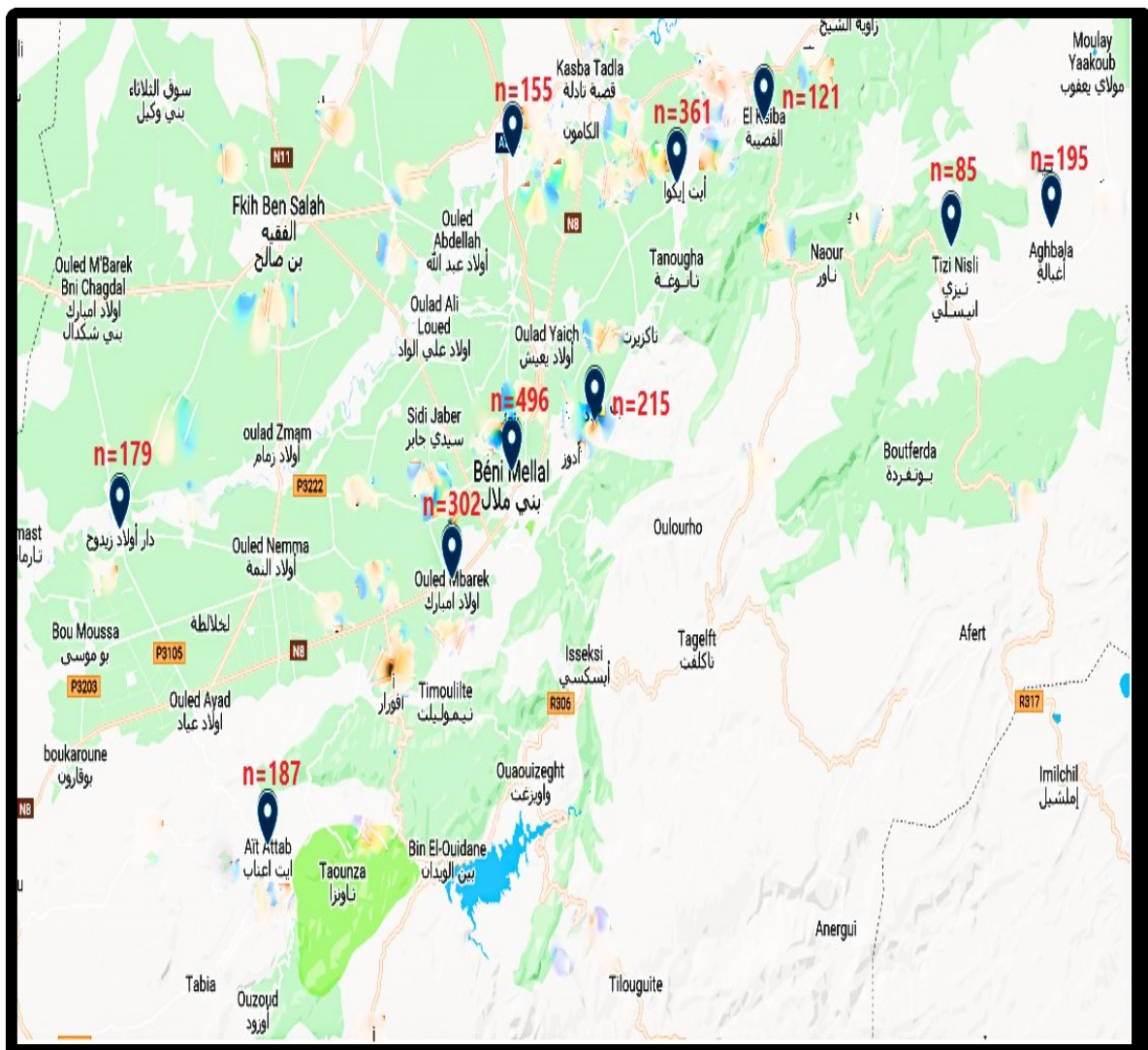


Figure 1 : Répartition géographique des participants à l'enquête

I.2. Sexe :

L'échantillon final se compose de 1087 filles et 1209 garçons.

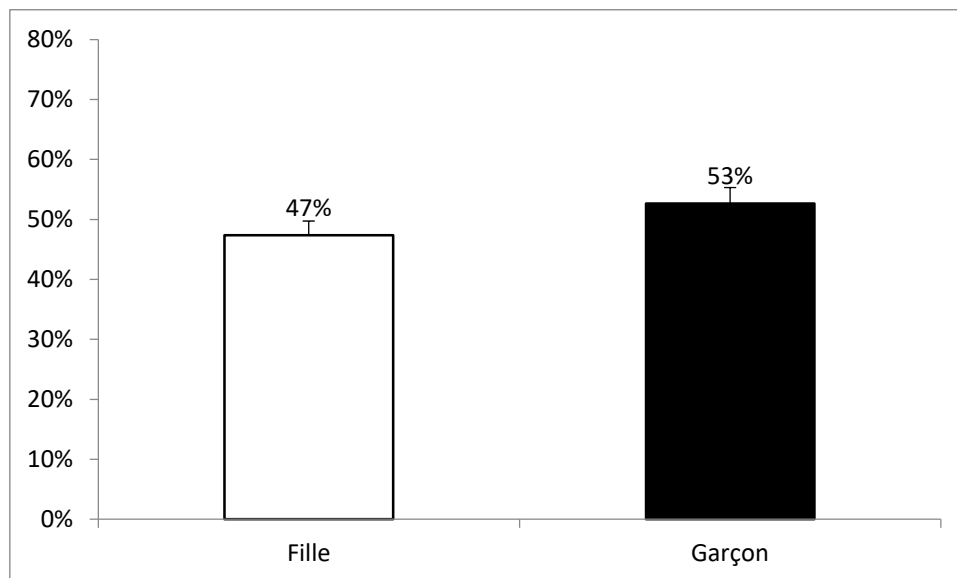


Figure 2 : Répartition des participants selon le genre

I.3. Niveau scolaire :

Les répondants sont des élèves du cycle secondaire qualifiant : Tronc commun, première année et deuxième année du Baccalauréat. La répartition des élèves selon le niveau scolaire est représentée dans la figure 3.

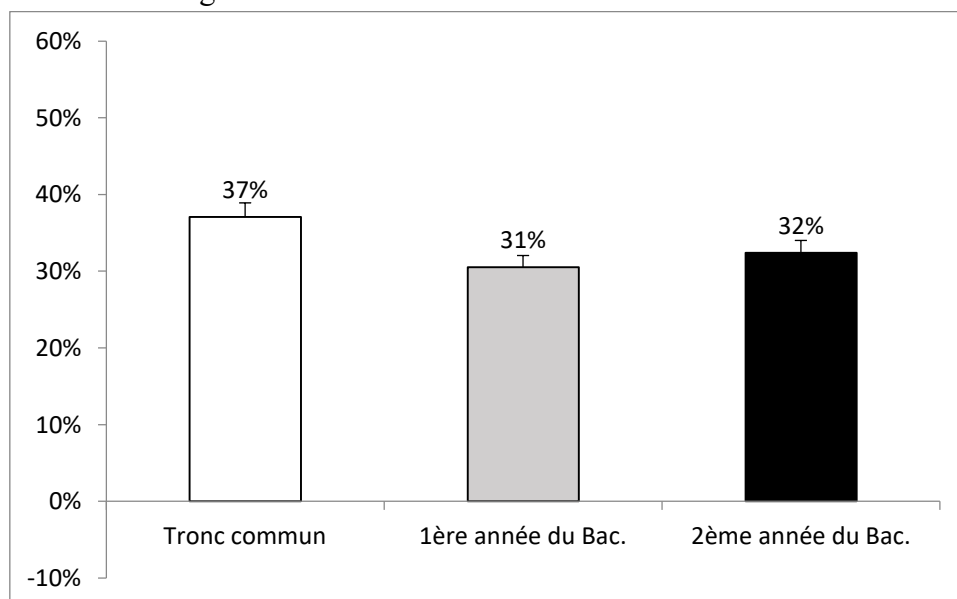


Figure 3 : Répartition des élèves selon le niveau scolaire

I.4. Performance scolaire :

Les performances scolaires des élèves ont été réparties en trois classes à savoir le « niveau bas », le « niveau moyen » et le niveau élevé ». Les résultats obtenus sont mentionnés dans la figure 4.

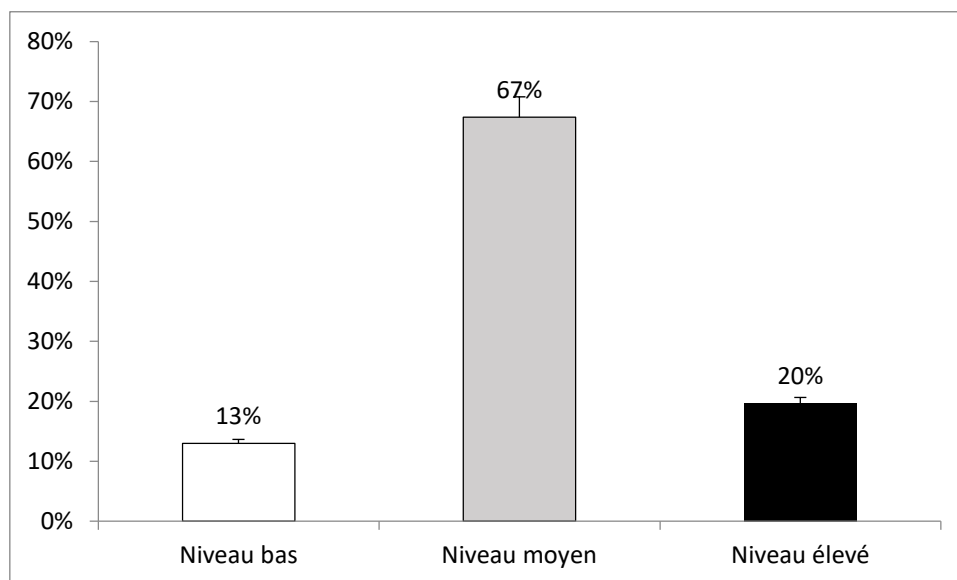


Figure 4 : Répartition des élèves selon la performance scolaire

II. Outils :

- **Questionnaire sur les habitudes alimentaires, le mode de vie et les conditions Socio-économiques des élèves de la région : (Annexe 3)**

Il s'agit d'un questionnaire analysant plus de 600 variables concernant :

- L'identité de l'élève,
- Les caractéristiques socio-économiques,
- Le comportement et état de santé,
- Les mesures anthropométriques,
- L'hygiène de vie et perception de l'état de santé et de l'image corporelle,
- Les activités physiques et les comportements sédentaires,
- Les habitudes et comportements alimentaires,
- Le tabagisme et alcool.

Ce questionnaire était accompagné de l'échelle de silhouettes du « Contour Drawing Rating Scale » (CDRS) de Thompson et Gray (1995), composée de neuf silhouettes présentées selon un continuum allant de la silhouette 1, considérée comme extrêmement mince, à la silhouette 9 considérée comme extrêmement grosse. Chacune des silhouettes est présentée selon la position de référence (de face, les pieds légèrement écartés et parallèles ainsi que les bras tendues le long du corps légèrement ouverts. Les questions composant ce questionnaire étaient les suivantes :

- « Sélectionnez la silhouette qui, selon vous, vous ressemble le plus actuellement » (Silhouette actuelle).
- « Sélectionnez la silhouette à laquelle vous souhaiteriez ressembler » (silhouette idéale).

En ce qui concerne les habitudes alimentaires, il s'agit de recueil de fréquences de consommation et par conséquent, il s'agit d'aspect qualitatif plutôt que quantitatif.

Après, nous avons procédé à une classification des aliments en groupes suivant les normes du plan national de nutrition et santé (PNNS, 2002).

Pour les élèves d'âge inférieur à 18ans, L'IMC est calculé et reporté sur la courbe de corpulence. Ces courbes de l'IMC sont diffusées dans le cadre du PNNS à partir des références françaises (Rolland Cachera et al., 1991), complétées par les courbes de référence de l'International Obesity Task Force (IOTF) (Cole et coll.,2000). (Annexe 4)

En ce qui concerne les idées et les tentations suicidaires, la mesure est de type dichotomique (0 : Non ; 1 : Oui).

➤ **La Mesure du stress psychologique MSP-9 : Lemyre et Tessier (1988, 2002).**(ANNEXE 5)

La mise en évidence du stress psychologique a été réalisée par l'utilisation d'une version abrégée de neuf items. Il s'agit d'une mesure d'auto-évaluation. Le sujet doit répondre en encerclant le chiffre correspondant au niveau d'intensité ressenti pour chaque énoncé. Il s'agit d'une échelle de type Likert, le choix de réponses proposées s'échelonne de 1 à 8 (« pas du tout » à « énormément »).En général, le questionnaire est rapidement complété, la version brève nécessitant environ 5 minutes.

En ce qui concerne la cotation, le score brut final s'obtient par la sommation de tous les items rendus unidirectionnels. Puisque certains items ont des contenus inversés, ils doivent donc subir au préalable une recodification par l'inversion de leur cote. L'échelle ayant une étendue de 1 à 8, il faut soustraire du nombre 9, la cote encerclée pour avoir sa valeur unidirectionnelle. Les items à inverser correspondent aux énoncés 1 (je suis détendu(e)) et 6 (je me sens plein(e) d'énergie, en forme).

➤ **Dépression :**

Pour mesurer cet aspect, nous avons utilisé l'inventaire de dépression de BECK (Annexe 6). Ce questionnaire donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression. Il est constitué de 21 items, chaque item comprenant 4 phases correspondantes à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme sur une échelle de 0 à 3. Le score total correspond à la somme des différents Items. : Plus le total obtenu est élevé, plus la dépression est qualifiée de sérieuse et de profonde et plus le total est faible, plus vous vous sentez bien dans votre peau.

Pour l'évaluation, on peut se référer aux données suivantes :

1 – 10 : Hauts et bas considérés comme normaux.

11 – 16 : Troubles bénins de l'humeur (mais corrections à apporter).

17 – 20 : Cas limite de dépression clinique.

21 - 30 : Dépression.

31 - 40 : Dépression grave.

Plus de 40 : Dépression extrême.

➤ **Anxiété :**

L'approche de l'anxiété a été rendue possible via le Questionnaire d'évaluation de l'état d'anxiété (questionnaire de Spielberger) (Annexe 7). Il s'agit d'une échelle sur papier de 20 items et permet une autoévaluation du degré d'anxiété. Pour chaque item, 4 choix de réponses sont possibles allant de « Pas du tout » à « Beaucoup ».

Pour évaluer l'anxiété par le biais de ce questionnaire, il suffit de :

- Compter 1 point pour la réponse 'Pas du tout', 2 points pour la réponse 'Un peu', 3 points pour la réponse 'Modérément' et 4 points pour la réponse 'Beaucoup' pour les questions 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 et 18.

- Pour les questions 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, la cotation est inversée c'est-à-dire qu'il faut compter 4 points pour 'Pas du tout', 3 points pour 'Un peu', 2 points pour 'Modérément' et 1 point pour 'Beaucoup'.

Le total des points, se fait donc après ces opérations.

- ✓ Chez les femmes la moyenne est de 42.
- ✓ Chez les hommes la moyenne est de 37.

Si le score est au dessus de cette moyenne, la situation génère une anxiété importante :

- ✓ Chez les hommes, s'ils dépassent le score de 48, leur anxiété est élevée.
- ✓ Chez les femmes, s'ils dépassent le score de 55, leur anxiété est élevée.

➤ **Estime de soi :**

Dans ce cas, l'outil utilisé est l'échelle d'Estime de Soi de "Rosenberg" (Annexe 8), elle se compose de 10 affirmations qui tournent autour du degré de valorisation d'une personne, ainsi que de la satisfaction que celle-ci ressent par rapport à elle-même. Cinq affirmations sont formulées de façon positive et les cinq qui restent le sont, de façon négative. Chacune des affirmations est notée de 1 (Tout à fait en désaccord) à 4 (Tout à fait en accord).

Pour évaluer l'estime de soi, il suffit d'additionner les scores enregistrés lors des réponses aux questions : 1, 2, 4, 6 et 7.

Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si on entoure le chiffre 1, 3 si on entoure le 2, 2 si on entoure le 3 et 1 si on entoure le 4.

Le total des points donne lieu à un score se situant entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou pour une femme.

A un score inférieur à 25, l'estime de soi est considérée comme très faible.

Avec un score entre 25 et 31, l'estime de soi est qualifiée de faible.

Si le score se situe entre 31 et 34, l'estime de soi est dans la moyenne.

Pour un score compris entre 34 et 39, l'estime de soi est dite forte.

Et si le score obtenu est supérieur à 39, l'estime de soi est déclarée comme étant très forte.

➤ **Les schémas précoces inadaptés (SPI)**

Ces schémas sont évalués à l'aide du questionnaire de diagnostique de ces schémas qui comporte 65 items évaluant la présence et l'intensité de 13 schémas précoces inadaptés (Hautekeete et al., 2000). (Annexe 9).

Le mode de cotation se présente sous forme d'une échelle en six points (allant de 1 à 6) reflétant le degré d'accord avec les croyances proposées. L'élève va répondre à chaque item en choisissant l'une de ces réponses suivantes correspondantes à son état :

- 1 : Complètement faux ;
- 2 : Faux dans l'ensemble ;
- 3 : Plutôt vrai que faux ;
- 4 : Moyennement vrai ;
- 5 : Vrai dans l'ensemble ;
- 6 : Me décrit parfaitement.

Chaque sujet obtient un score d'activation pour chacun des schémas précoces inadaptés. Pour Young (1995), si la côte est de 1, de 2 ou de 3, le schéma ne concerne pas le sujet évalué. Si la côte est plutôt de 4, de 5 ou de 6, le schéma concerne vraisemblablement le sujet.

Il y a en tout 13 schémas étudiés :

1. Incompétence : 5 items sur le thème de la croyance en un niveau d'aptitude et de réussite inférieur à celui des autres...
2. Carence émotionnelle : 5 items représentant une plainte passée et présente sur le manque de partage émotionnel avec les autres, le manque de considérations et d'affection...
3. Isolement : 5 items sur les thèmes de la solitude, du rejet des autres, de l'incapacité à s'investir dans des relations sociales...
4. Autocontrôle insuffisant : 7 items qui sont liés par l'énervement facile, le manque de volonté pour achever les tâches, le refus d'agir contre sa volonté...
5. Méfiance : 5 items en relation avec la méfiance vis-à-vis d'autrui...
6. Abnégation / Sacrifice de soi: 5 items sur le dévouement sans limites à la cause des autres...
7. Sens moral implacable : 5 items dont les thèmes principaux sont le désir de perfection pour soi-même, l'incapacité à être satisfait par ses actions...
8. Abandon : 5 items sur le sentiment que les relations appréciées avec autrui vont cesser, comme toujours...
9. Attachement : 5 items sur l'incapacité à se détacher de l'opinion et des influences des parents et des "partenaires"...
10. Vulnérabilité : 5 items concernant la peur d'une catastrophe imminente...
11. Dépendance : 5 items sur le besoin des autres pour comprendre ce qui se passe et réaliser des actions...
12. Inhibition émotionnelle : 5 en relation avec l'incapacité à exprimer des sentiments
13. Peur de la perte de contrôle : 3 items sur la peur de réagir impulsivement et de faire mal physiquement ou moralement à autrui...

Dans le traitement des résultats, les items seront regroupés en fonction des schémas auxquels ils se rapportent.

➤ **Burnout :**

Dans le cas du "Burnout", nous avons utilisé deux questionnaires ayant pour but de comparer les résultats :

- Estimation à l'aide du Maslach Burnout Inventory (MBI) (Annexe 10) (Maslach C, Jackson S, 1986), adapté à l'environnement scolaire. Il est composé de 22 items cotés à

l'aide d'une échelle de type Likert allant de 0 (jamais) à 6 (chaque jour) et évalue les trois composantes :

- Épuisement émotionnel(EE) : (9 items) ;
- Dépersonnalisation de la relation(DP) : (5 items) ;
- Manque d'accomplissement personnel(AP) : (8 items).

Pour chaque dimension il est possible d'avoir : un score « bas », un score « modéré » et un score « élevé ». Un score élevé d'EE ou de DP ou un score bas d'AP suffit pour parler de Burnout.

En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de gravité.

Le degré de Burnout est dit :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
 - Moyen : atteinte de 2/3 des dimensions.
 - Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.
- Nous avons aussi mesuré le Burnout scolaire à l'aide du School burnout Inventory (Salmela-Aro et al., 2009a) (Salmela-Aro, 2011 ; Salmela-Aro et al., 2008) (ANNEXE 11). Ce questionnaire est composé de 9 items relatifs aux trois dimensions théoriques du burnout scolaire. L'épuisement face aux demandes de l'école est évalué par 4 items, le cynisme à l'égard du sens de l'école est mesuré par 3 items et le sentiment d'inadéquation en tant qu'élève est évalué par 2 items. Les items de l'SBI sont cotés sur une échelle de Likert en 6 points (allant de 1 = complètement faux, à 6 = complètement vrai) et permettent d'évaluer le "Burnout" scolaire à l'aide d'un score total et/ou des scores d'épuisement, de cynisme et d'inadéquation.

➤ **Soutien Social Perçu**

Le "Questionnaire de Soutien Social Perçu" –QSSP– (Bruchon-Schweitzer 2003) (Annexe 12) a été utilisé dans cette étude, il s'agit d'échelle d'autoévaluation de la disponibilité et la satisfaction par rapport au soutien social perçu.

Cette échelle permet donc d'évaluer le type de soutien reçu, les sources de ce soutien, le nombre de personnes qui le procurent (ou disponibilité) et la qualité perçue (ou satisfaction). Les quatre principales formes de soutien social sont représentées dans les 4 questions de l'échelle : le soutien d'estime (réconfort, écoute dans les moments difficiles), le soutien matériel ou financier (assistance directe quand c'est nécessaire), le soutien informatif (conseils ou suggestions de la part d'autrui), le soutien émotionnel (rassurer, redonner confiance).

Pour chaque type de soutien, cela permet de savoir combien de personnes le dispensent, qui sont ces personnes (famille, amis, collègues, spécialistes ...) et si le sujet est satisfait de ce soutien.

On obtient donc deux scores pour chaque sujet :

- Disponibilité (nombre de personnes ayant participé au soutien)
- Satisfaction perçues (« qualité ») de ce soutien.

Cet outil informe également sur la nature du soutien social perçu par la personne.

Il s'agit d'un auto-questionnaire rempli par le sujet (en 4 à 6 minutes). Concernant les 4 items relatifs à la disponibilité du soutien social, le sujet doit indiquer le nombre de personnes sur lesquelles il peut compter dans ces quatre catégories : famille, amis/camarades, collègues, professionnels de santé. Pour les items relatifs à la satisfaction, il est invité à noter son degré de satisfaction selon une échelle de type Likert en 5 points.

Le score total de disponibilité s'obtient en faisant la somme des réponses indiquées par le sujet sur les items « combien ». Pour calculer le score total de satisfaction vis-à-vis du soutien, il est procédé à la somme des réponses (de 1 à 5) indiquées par le sujet sur les items concernant la satisfaction.

➤ Grille concernant les performances scolaires de l'élève

Les performances scolaires ont été mesurées à partir des livrets des élèves en s'appuyant sur la moyenne générale incluant toutes les matières étudiées en se basant sur les résultats des trois derniers semestres.

Dans le but d'obtenir une version fidèle aux concepts d'origines ; en étant facilement compréhensible dans une langue et une culture différente de celles de la version originale, chacun des questionnaires utilisés, a été traduit et validé linguistiquement en arabe avec la participation de cinq enseignants de langues (Annexe 13).

III. Procédures

Une méthodologie d'enquête par questionnaire a été utilisée afin de recueillir les données de l'étude. La collecte de données s'est déroulée en :

- ✓ Mars-Avril-Mai 2015
- ✓ Mars-Avril-Mai 2016
- ✓ Octobre 2017
- ✓ Octobre 2018

Dans un premier temps, l'autorisation pour mener cette étude a été obtenue par les directions provinciales du ministère de l'éducation nationale.

Après avoir informé l'administration de l'établissement scolaire concerné, une salle a été aménagée pour passer les tests. Nous avons en plus équipé cette salle par des instruments de mesure anthropométriques :

- ✓ Deux balances : pour la mesure du poids des participants (Pèse-personne mécanique MECA, réf. 843541)
- ✓ Deux toises en bois : pour la mesure de la taille des participants

Dans chaque séance de passation des questionnaires, Le nombre d'élève n'excède pas à 20 élèves à la fois.

En raison de considérations éthiques, les participants ont été informés de la nature confidentielle de l'étude et de la participation volontaire. Dans ce sens et pour chaque séance, le contexte de l'étude a été brièvement expliqué soit : « Une recherche universitaire visant à mieux connaître les différents facteurs influençant le parcours scolaire des lycéens de la région de Béni Mellal »

Par la suite, les questionnaires ont été distribués à chacun des participants en leur demandant d'attendre les consignes avant de commencer à y répondre. Afin d'assurer une meilleure compréhension des dits questionnaires, le contenu a été lu à haute voix.

Les participants disposaient d'une période d'après midi libre, soit de quatre heures pour répondre aux questionnaires. Cette période de temps s'est avérée suffisante. A noter que, l'expérimentateur a invité les participants à demander de l'aide dans le cas où ils éprouveraient une réaction indésirable suite à la passation du questionnaire. Tous les renseignements

recueillis au cours de cette recherche sont gardés confidentiels. Les questionnaires sont actuellement conservés sous clé dans le laboratoire de génie biologique à la faculté des sciences et techniques de Béni Mellal.

IV. Analyses statistiques

Nous avons fait un recueil de données et les analyses avec le logiciel SPSS-22.0 (Statistical Package for the Social sciences). Les graphes ont été réalisés par le tableur Excel (version 2007).

Les données ont été représentées en moyenne \pm écart-type (ET) et en pourcentage(%).

L'homogénéité des variances a été testée par le test de Levene.

Dans le cas de distribution normale et si les variances sont homogènes, le test d'ANOVA à un facteur entre 2 ou plusieurs échantillons indépendants a été utilisé. Le test t apparié a été utilisé pour tester la signification entre deux échantillons dépendants.

Le test de Khi-deux a été utilisé pour tester l'association entre les variables nominales.

La signification a été considérée pour les valeurs de $p < 0,05$. Nous notons qu'au niveau des figures, on représente la signification à 0.05 par (*), à 0.01 par (**), et à 0.001 par (***)

Chapitre 3 :

Résultats

Partie I :

L'un des objectifs de cette étude était de décrire quelques habitudes concernant l'alimentation et le mode de vie des élèves de la région de Béni Mellal.

En effet, pour ce qui est des habitudes alimentaires, les résultats obtenus concernent l'établissement du profil alimentaire, la détermination de la fréquence journalière des repas et l'étude de quelques habitudes et de modes de consommation pouvant être qualifiés de non-saines, à savoir le saut du petit déjeuner et la prise de repas de type « fast-food ». Les résultats incluent aussi quelques aspects hédoniques des habitudes alimentaires des lycéens de la région. Nous avons estimé, dans ce travail, que les informations concernant la vie familiale des élèves, seront utiles pour aboutir aux objectifs de l'étude. Ainsi, nous avons présenté les résultats relatifs au revenu des ménages, ou vivent ces élèves, et des données sur leur santé.

Les résultats présentés, comportent aussi des informations sur l'activité physique et quelques comportements sédentaires des élèves.

I. Habitudes alimentaires

I.1. Profil alimentaire

Pour établir le profil alimentaire, nous avons eu recours à la moyenne de la consommation hebdomadaire au niveau du petit déjeuner en fonction des groupes alimentaires. L'analyse des résultats obtenus montre que les fruits et légumes occupent la première place (2,72), suivis des produits sucrés (2,20) et de matière grasse (2,10) et de pains et produits céréaliers (2,09).

Tableau 1 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au petit déjeuner

Groupe alimentaire	N	Moyenne par semaine pendant le petit déjeuner
Fruits et légumes	603	2,72
Pains et céréales	600	2,09
viande	602	1,78
Produits laitiers	601	2,08
boissons	598	1,74
Matière grasse	602	2,10
Produits sucrés	602	2,20

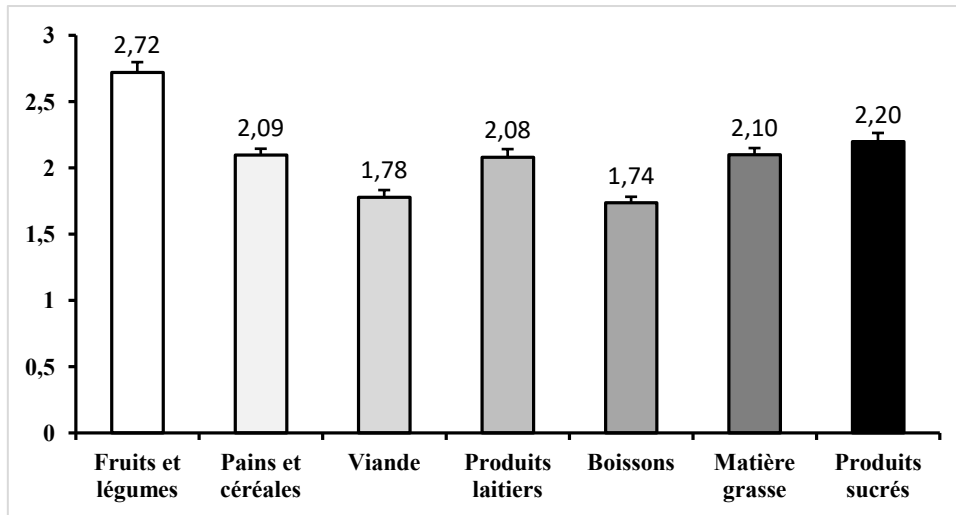


Figure 5 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au petit déjeuner

Le tableau 2 et la figure 6 Représentent les moyennes de fréquence consommation hebdomadaire du déjeuner en fonction des groupes alimentaires.

Pour ce qui est du déjeuner, les fruits et légumes occupent toujours la première place, puisque c'est le groupe le plus consommé au sein de cette population d'étude, suivi du groupe de pain et de produits céréaliers.

Tableau 2 : Moyenne des fréquences de consommation hebdomadaire au déjeuner

Groupe alimentaire	N	Moyenne par semaine pendant le déjeuner
Fruits et légumes	593	3,80
Pains et céréales	600	2,52
viande	601	1,87
poissons	603	1,60
Produits laitiers	603	1,76
boissons	595	1,57

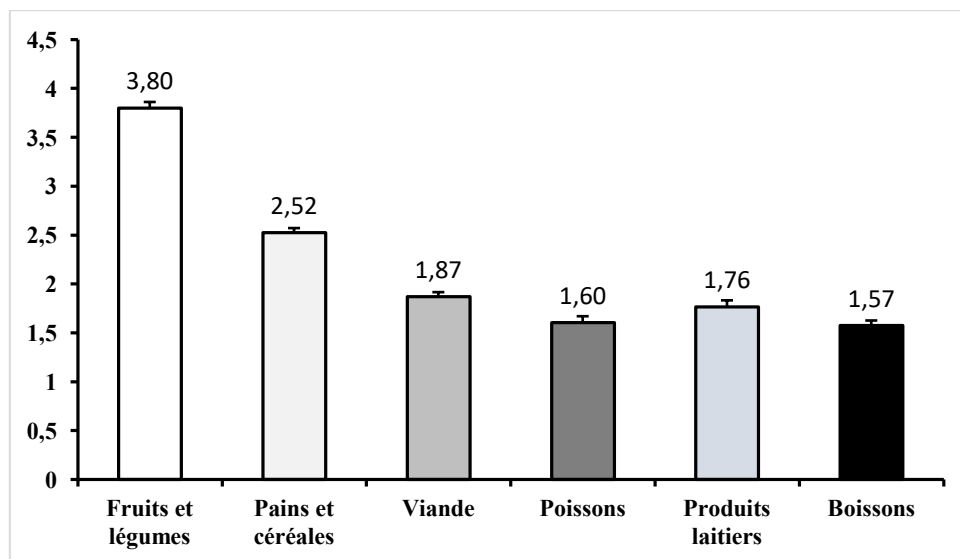


Figure 6 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au déjeuner

Concernant le dîner, et tel que le montrent le tableau 3 et la figure 7, il apparaît encore que les fruits et légumes occupent une place importante dans le dîner des élèves de cette région, suivi du pain et de produits céréaliers.

Tableau 3 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au dîner

Groupe alimentaire	N	Moyenne par semaine pendant le dîner
Fruits et légumes	579	2,74
Pains et céréales	582	2,45
viande	583	1,68
poissons	584	1,35
Produits laitiers	579	1,77
boissons	581	1,43

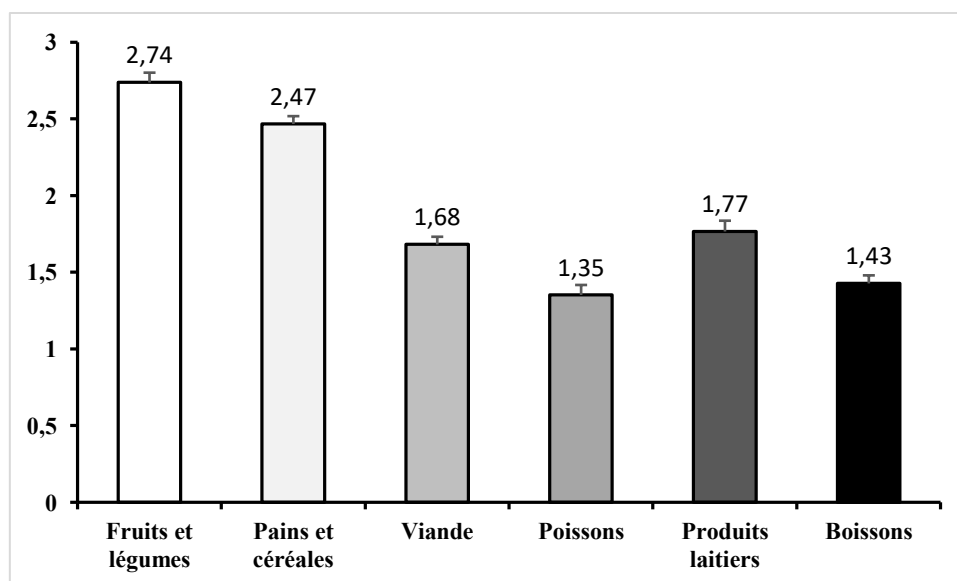


Figure 7 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au dîner

La figure 8 représente les résultats de la moyenne de consommation hebdomadaire du goûter (entre déjeuner et dîner), en fonction des groupes alimentaires. Ces résultats montrent que les boissons sont ceux ayant la moyenne la plus élevée, suivi par le groupe des fruits et légumes et de produits sucrés.

Tableau 4 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au goûter

Groupe alimentaire	N	Moyenne par semaine pendant le goûter
Produits sucrés	453	1,27
Matière grasse	455	1,12
boissons	451	1,42
Produits laitiers	454	0,99
viandes	454	1,23
Pains céréales	451	1,25
Fruits et légumes	455	1,37

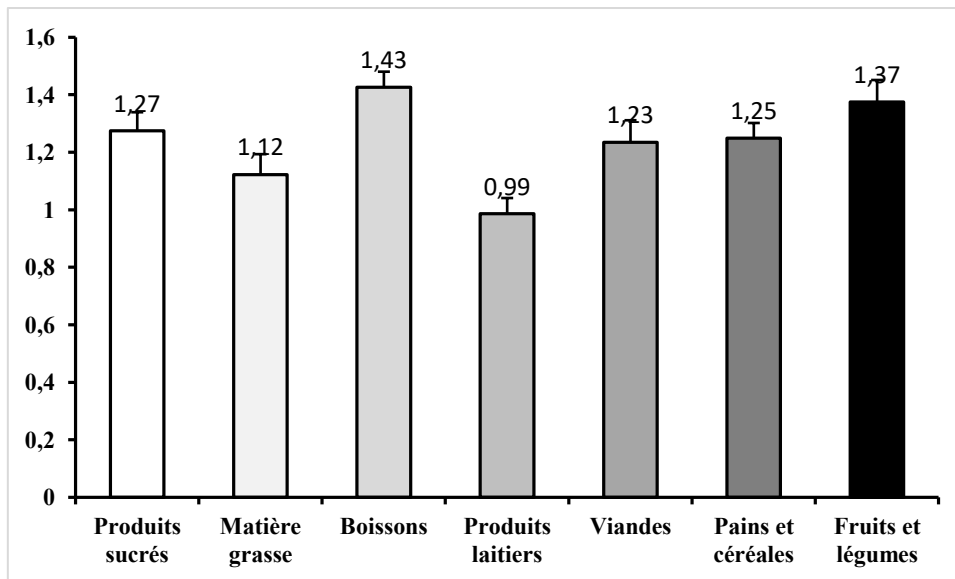


Figure 8 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au goûter

I.2. Fréquence journalière des repas

Pour ce qui est de la fréquence journalière des repas, la figure 9 montre que la plupart des élèves prennent quatre repas par jour, il s'agit des trois repas conventionnels (petit déjeuner, déjeuner et dîner) en plus du goûter.

Il apparaît aussi que les garçons aient une fréquence plus élevée pour le nombre de repas par jour comparés aux filles ; et la différence étant significative (Khi-deux = 22,763 ; ddl=5 ; p=0,000).

Tableau 5 : Fréquence journalière des repas selon le sexe

Nombre de repas/jour	fréquence	Sexe		Total
		F	M	
1	Effectif	0	3	3
	%	0,0%	100,0%	100,0%
2	Effectif	17	5	22
	%	77,3%	22,7%	100,0%
3	Effectif	84	90	174
	%	48,3%	51,7%	100,0%
4	Effectif	125	165	290
	%	43,1%	56,9%	100,0%
5	Effectif	25	47	72
	%	34,7%	65,3%	100,0%
6	Effectif	4	19	23
	%	17,4%	82,6%	100,0%

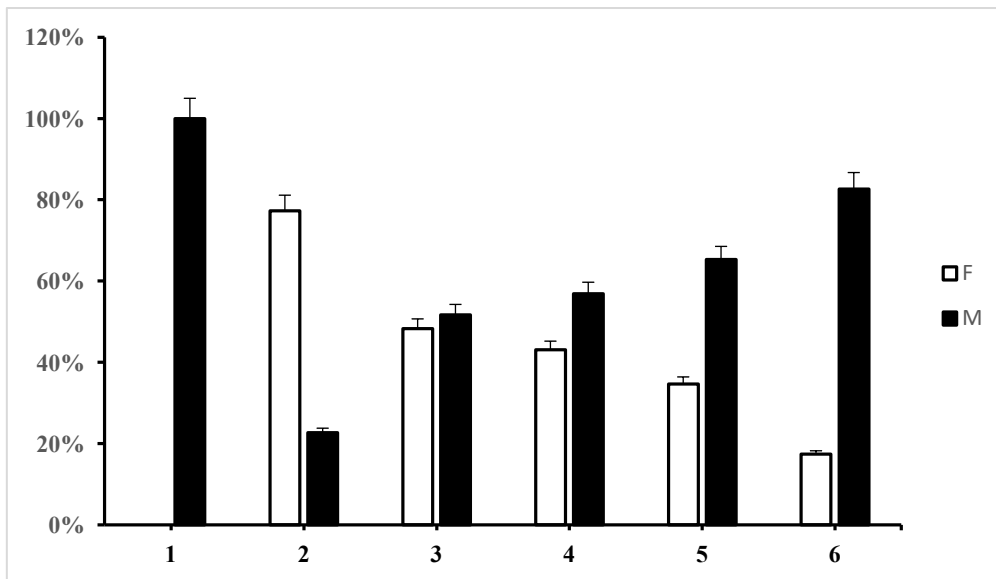


Figure 9 : Distribution de la fréquence journalière des repas en fonction du genre

I.3. Saut du petit déjeuner

Pour nos investigations, relatives aux habitudes alimentaires, nous avons également étudié l'impact du saut du petit déjeuner. La figure 10 représente les résultats obtenus en ce qui concerne le saut du petit déjeuner. Cette figure montre que 17,2% des élèves ne prennent jamais le petit déjeuner, 44,7% le sautent souvent, ce qui donne in fine plus de 62% des élèves ayant une "mauvaise" habitude concernant la prise du petit déjeuner.

La comparaison entre garçons et filles ne montre aucune différence liée au genre.

Tableau 6 : Fréquence de saut du petit déjeuner selon le sexe

fréquence de saut du petit déjeuner		Sexe		Total
		F	M	
toujours	Effectif	39	39	78
	%	50,0%	50,0%	100,0%
souvent	Effectif	92	111	203
	%	45,3%	54,7%	100,0%
rarement	Effectif	66	107	173
	%	38,2%	61,8%	100,0%
Total	Effectif	197	257	454
	%	43,4%	56,6%	100,0%

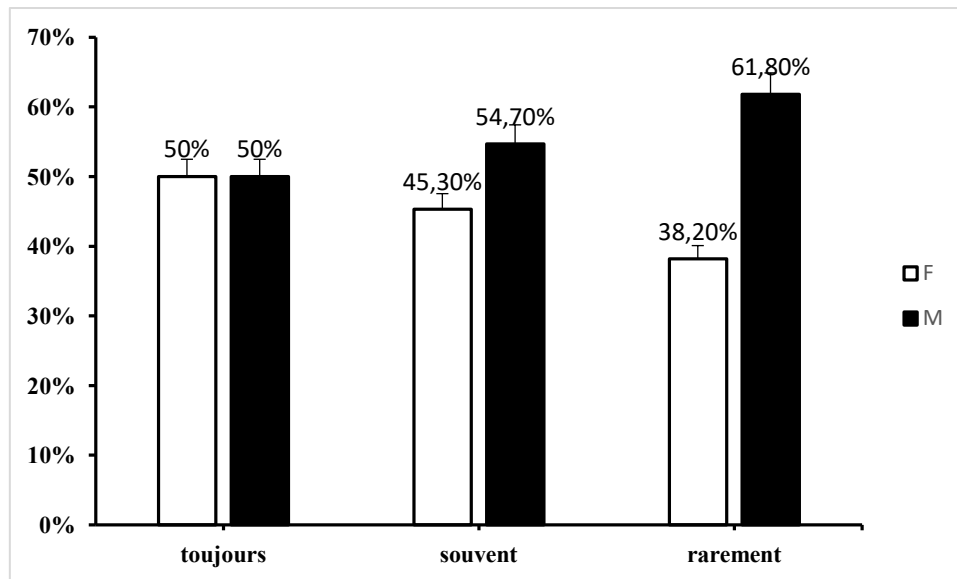


Figure 10 : Fréquence de saut du petit déjeuner selon le sexe

I.4. Prise de repas de type "fast-food".

L'installation de nouvelles habitudes alimentaires et nouveaux modes de consommation est connu pour impacter la santé en général. Pour ceci, nous avons conduit une étude pour connaître la fréquence selon laquelle les repas de type "fast-food" sont consommés.

La figure 11 représente le pourcentage des élèves qui prennent des repas de type "fast-food" (>3fois/semaine). Ce graphique montre que plus de 70% des élèves consomment ce type de repas, avec une différence significative en faveur des garçons qui en consomment bien plus que les filles (Khi-deux=44,657 ; ddl=1 ; p=0,000).

Tableau 7 : Prise de repas de type Fast-food en fonction du genre

Prise de repas de type fastfood	Fréquence	Sexe		Total
		F	M	
Non	Effectif	115	63	178
	%	19,1%	10,5%	29,6%
Oui	Effectif	148	275	423
	%	24,6%	45,8%	70,4%
Total	Effectif	263	338	601
	%	43,8%	56,2%	100,0%

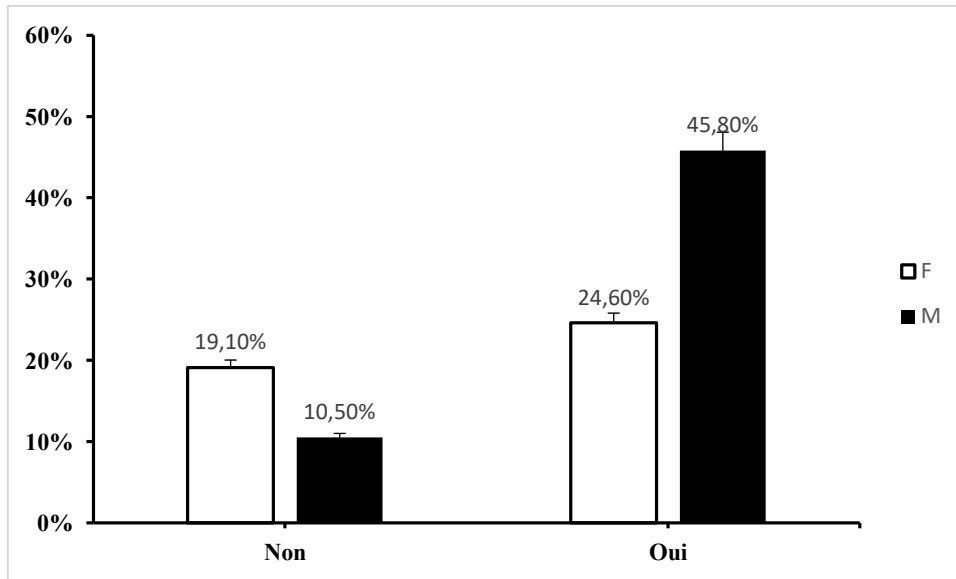


Figure 11 : Prise de repas de type Fast-food en fonction du genre

I.5. Préférence des goûts salé et sucré.

Les habitudes alimentaires sont caractérisées également par leur aspect hédonique impliquant les goûts et les sensations qu'ils peuvent apporter. Les goûts salé et sucré sont parmi les plus recherchés.

Les élèves qui préfèrent le goût salé représentent 5,7%, alors que le goût sucré est apprécié par 13,3% des élèves, bien que la plupart d'entre eux aiment les deux à la fois. Cependant, un nombre important de ces adolescents ajoute du sel au repas pris.

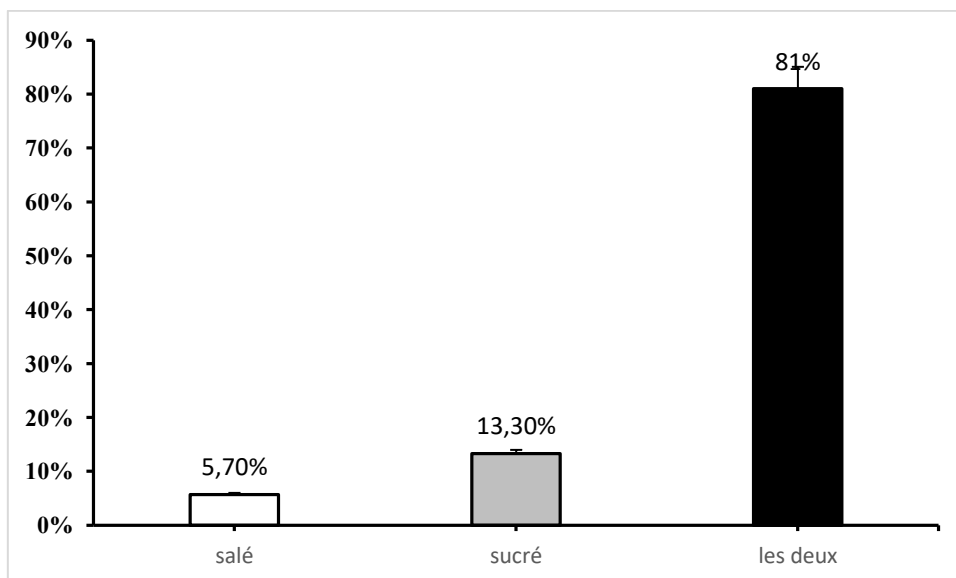


Figure 12 : Répartition des préférences de goût chez les lycéens de la région de Béni Mellal

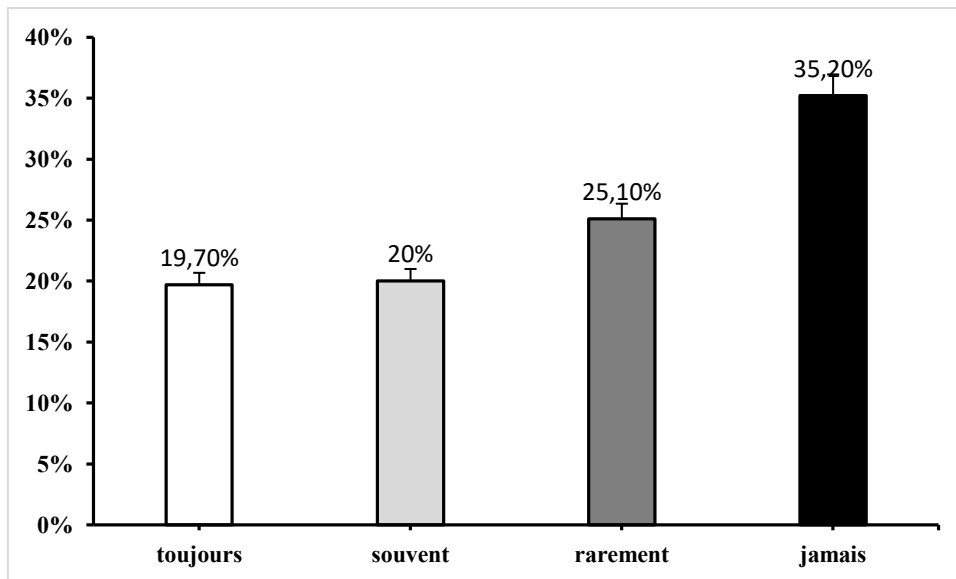


Figure 13 : Répartition des fréquences d'ajout du sel aux repas chez les lycéens de la région de Béni Mellal

II. Données familiales

Les données familiales notamment celles relatives aux revenus et à la santé sont autant des facteurs qui peuvent impacter les habitudes alimentaires mais aussi le comportement en général. Aussi, nous en avons tenu compte et ayant exploré ces aspects chez les lycéens.

II.1. Revenu des ménages

Pour estimer le statut économique des élèves, nous avons procédé à une classification selon le revenu mensuel du ménage où vivent ces élèves. Les résultats obtenus ont montré que 36% parmi eux sont issus de familles à faible revenu (<2000DHS/mois), 41% des participants ayant un revenu moyen (2000 à 5000 Dhs/mois) et 23% d'entre eux avec un revenu plus élevé (>5000Dhs/mois).

Les résultats sont illustrés dans la figure suivante :

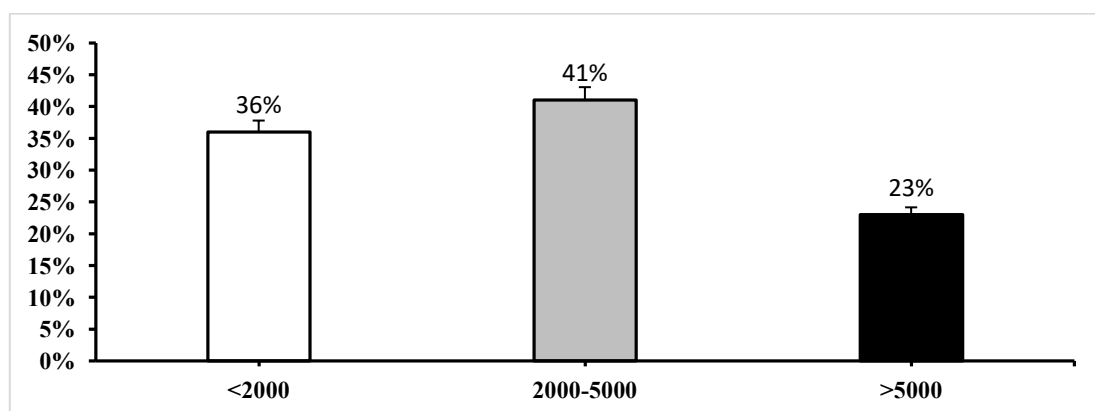


Figure 14 : Répartition du revenu des ménages chez les lycéens de la région de Béni Mellal

II.2. Estimation du climat familial

La figure 15 montre que la plupart des élèves déclarent vivre dans un climat familial qu'ils estiment normal, alors que 6,1% d'entre eux affirment sentir un climat de violence dans leur famille. 15,5% des élèves déclarent vivre dans un climat familial où règnent des instructions autoritaires et une éducation conservatrice basée sur des consignes religieuses.

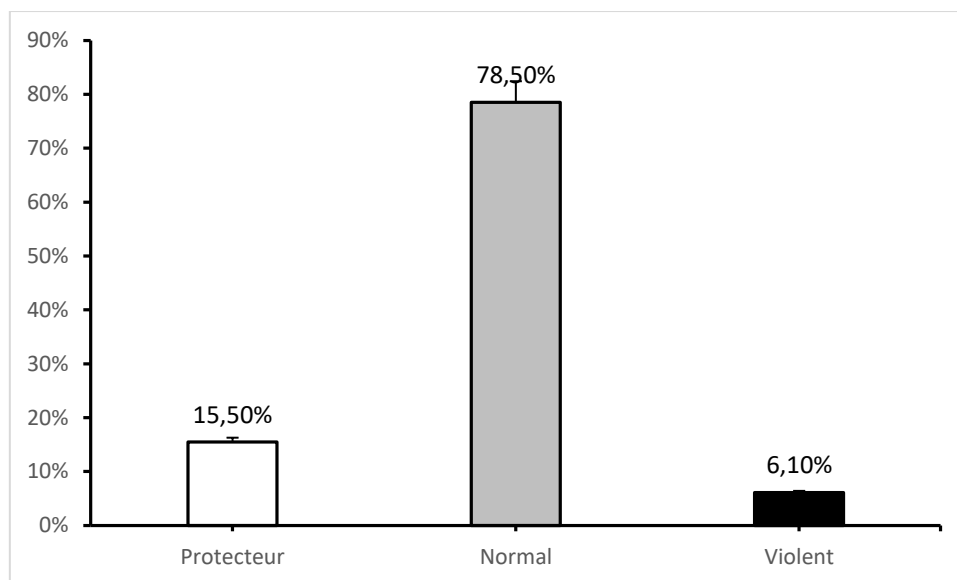


Figure 15 : Répartition de l'estimation du climat familial chez les lycéens de la région de Beni Mellal

III. Données sur la santé

III.1. Indice de masse corporelle : IMC

Pour apprécier la corpulence des élèves, nous avons adopté la mesure de l'IMC. C'est un indicateur de risque et de présence de surpoids chez les adolescents, et sa mesure étant facile et rapide. Les résultats obtenus montrent que la prévalence du surpoids et de l'obésité est de 4,2%. Les résultats sont présentés dans la figure suivante :

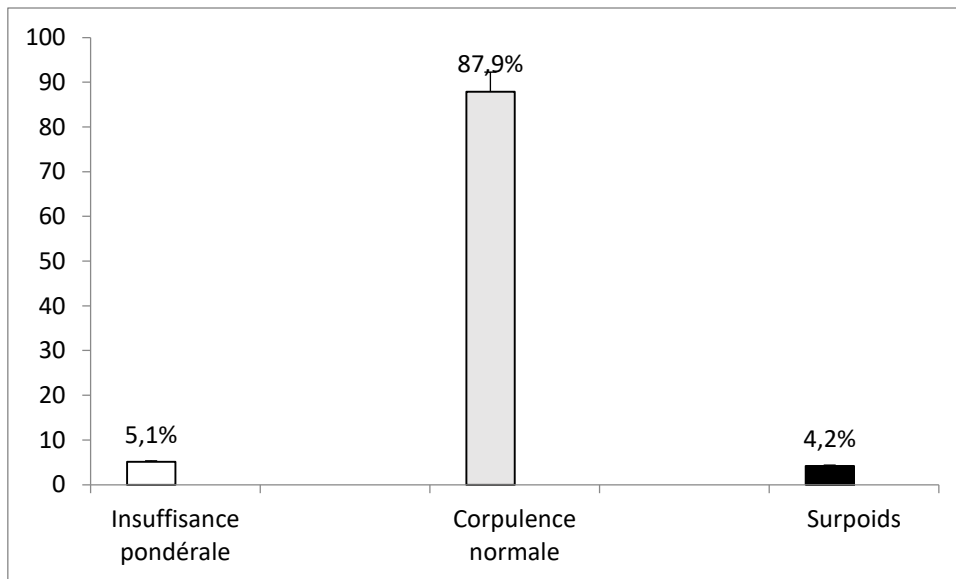


Figure 16 : Distribution de la corpulence des lycées de la région de Béni Mellal

Les résultats selon le genre, ont montré que les filles en surpoids ou obèses représentent 6,1% ; alors que 2,29% d'entre elles sont en insuffisance pondérale. La figure 17 résume les résultats relatifs aux filles.

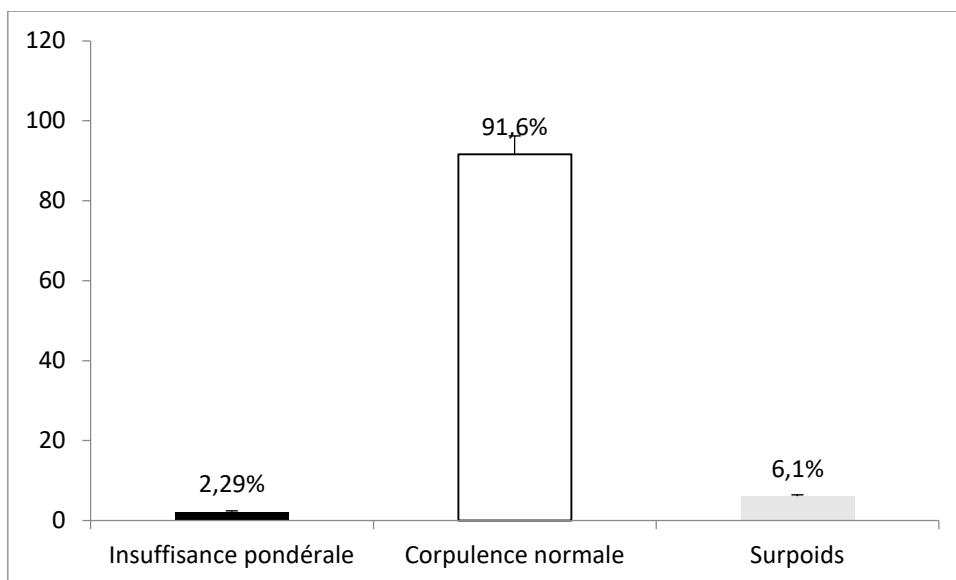


Figure 17 : Distribution de la corpulence des filles

Les résultats de la figure 18 montrent que 3% des garçons seulement sont en surpoids ou obèses, bien que 7,5% sont en insuffisance pondérale.

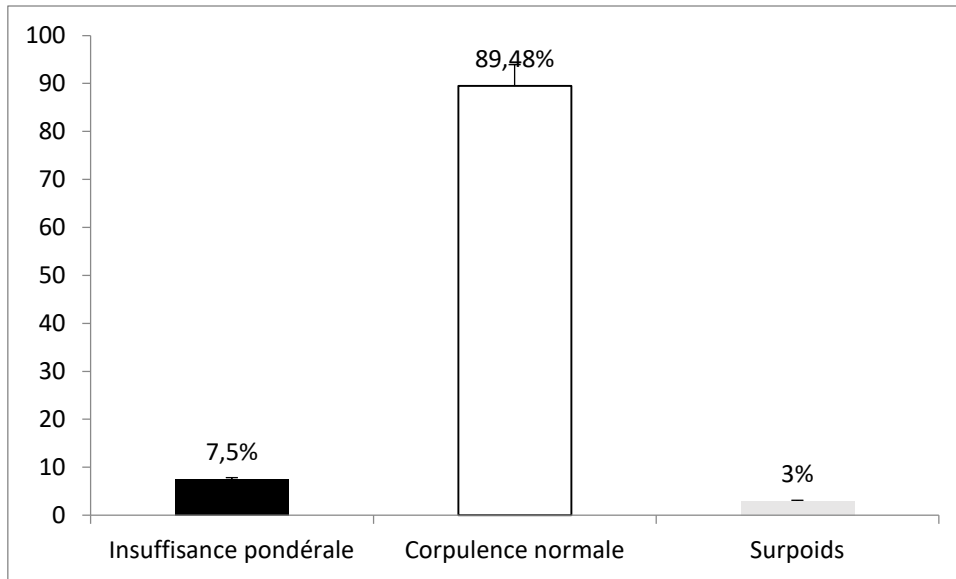


Figure 18 : Distribution de la corpulence des garçons

En comparant les résultats en fonction du genre, nous avons constaté que la différence entre filles et garçons est significative (Khi-deux=10,966 ; ddl=2 ; p=0,004).

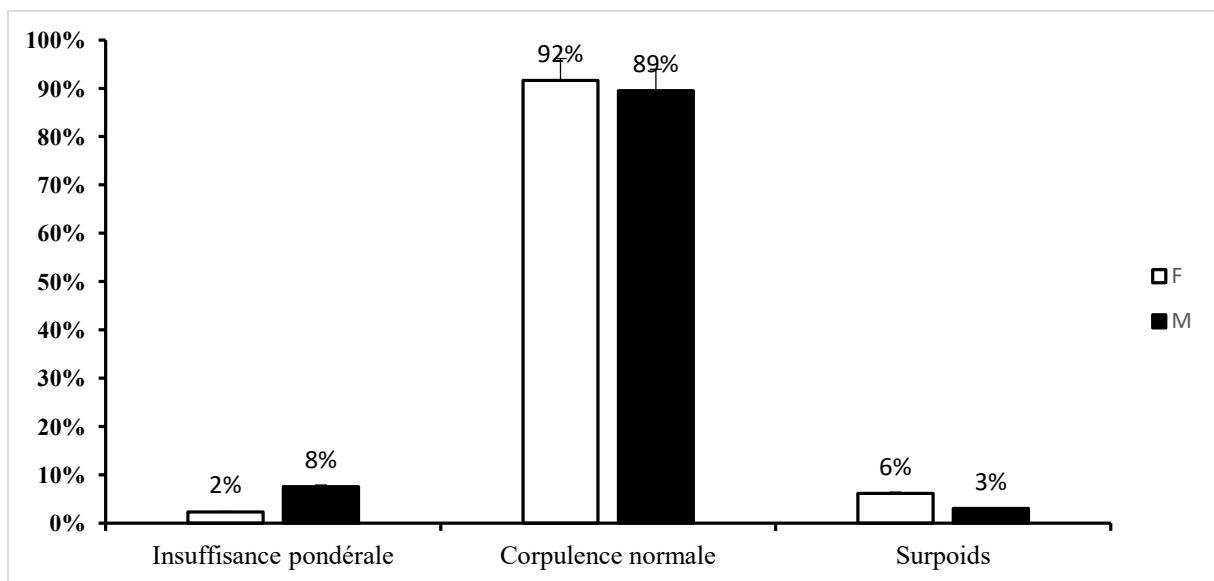


Figure 19 : Comparaison de la distribution de la corpulence en fonction du genre des élèves

III.2. Problèmes de santé

La figure 20 représente l'estimation des élèves de leur état de santé, et montre que, 33,7% d'entre eux confirment avoir des problèmes de santé.

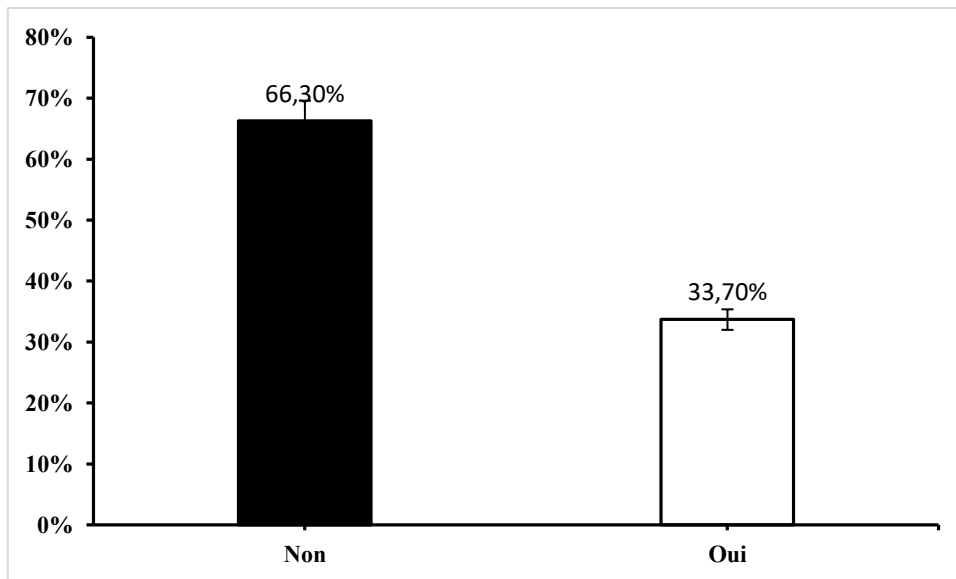


Figure 20 : Répartition des problèmes de santé

A noter aussi que 49 cas (8%) portent des lunettes, en relation avec des problèmes de vision.

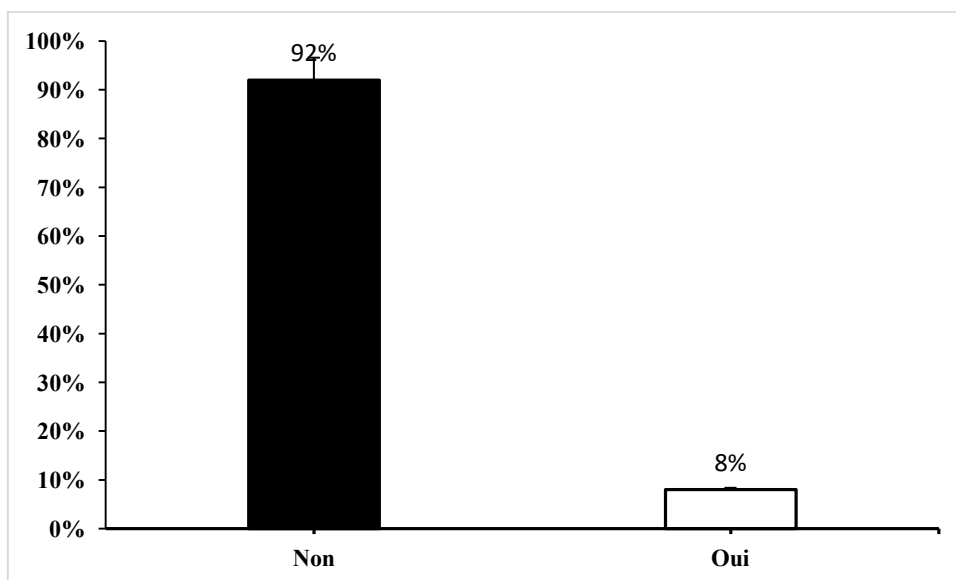


Figure 21 : Prévalence du port des lunettes

Cette étude a montré aussi que 7,5% des élèves déclarent ne pas se brosser les dents.

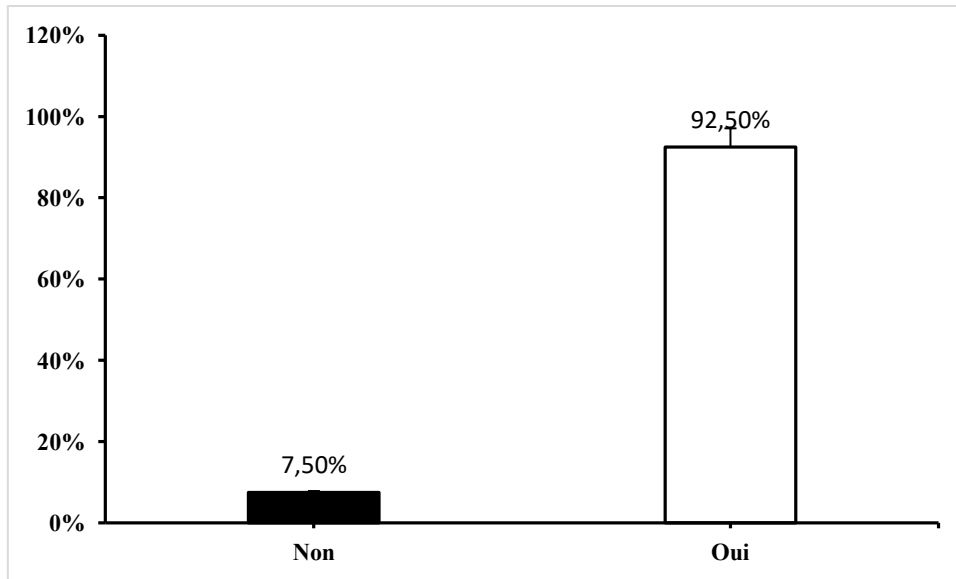


Figure 22 : Répartition du nettoyage des dents

Finalement, 77,8% des sujets déclarent être exposés, quotidiennement, à la fumée des cigarettes (tabagisme passif).

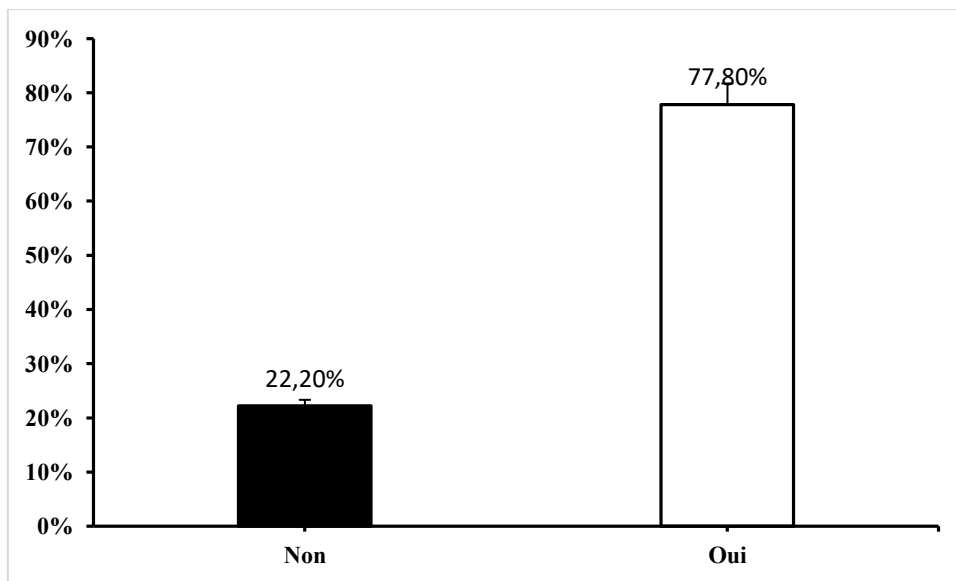


Figure 23 : Répartition de l'exposition à la fumée des cigarettes

IV. Activité physique

IV.1. Sport scolaire

La plupart des élèves (98,5%) pratiquent l'activité sportive au sein de l'établissement scolaire, à raison de deux fois par semaine, sans différence significative entre filles et garçons ($p=0,605$). La figure suivante représente le degré de la pratique sportive des élèves au sein du lycée selon le sexe.

Tableau 8 : Répartition de la pratique du sport scolaire selon le sexe

Sport scolaire	Fréquence	Sexe		Total
		F	M	
Non	Effectif	4	5	9
	%	0,7%	0,8%	1,5%
Oui	Effectif	261	339	600
	%	42,9%	55,7%	98,5%
Total	Effectif	265	344	609
	%	43,5%	56,5%	100,0%

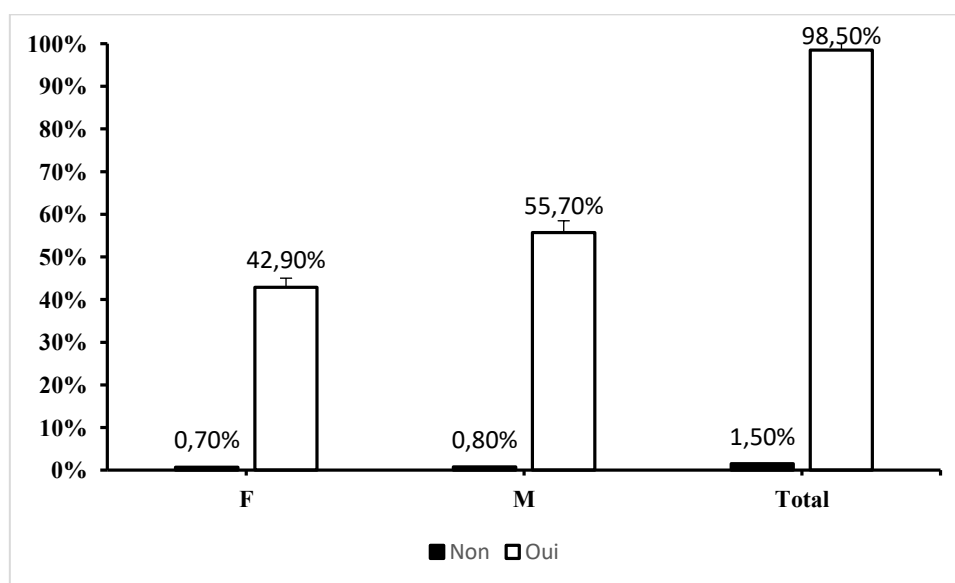


Figure 24 : Répartition de la pratique du sport scolaire selon le sexe

IV.2. Sport extrascolaire

Les élèves exerçant du sport hors le lycée sont assez nombreux et représentent 74% du total. A noter cependant, que les garçons sont les plus actifs hors de l'établissement scolaire puisque la différence est significative (Khi-deux=148,855 ; ddl=1 ; p=0,000).

Le tableau 9 et la figure 25 résument les résultats obtenus.

Tableau 9 : Répartition de la pratique du sport extrascolaire selon le sexe

sport extrascolaire	Fréquence	Sexe		Total
		F	M	
Non	Effectif	134	24	158
	%	22,0%	3,9%	26,0%
Oui	Effectif	130	320	450
	%	21,4%	52,6%	74,0%
Total	Effectif	264	344	608
	%	43,4%	56,6%	100,0%

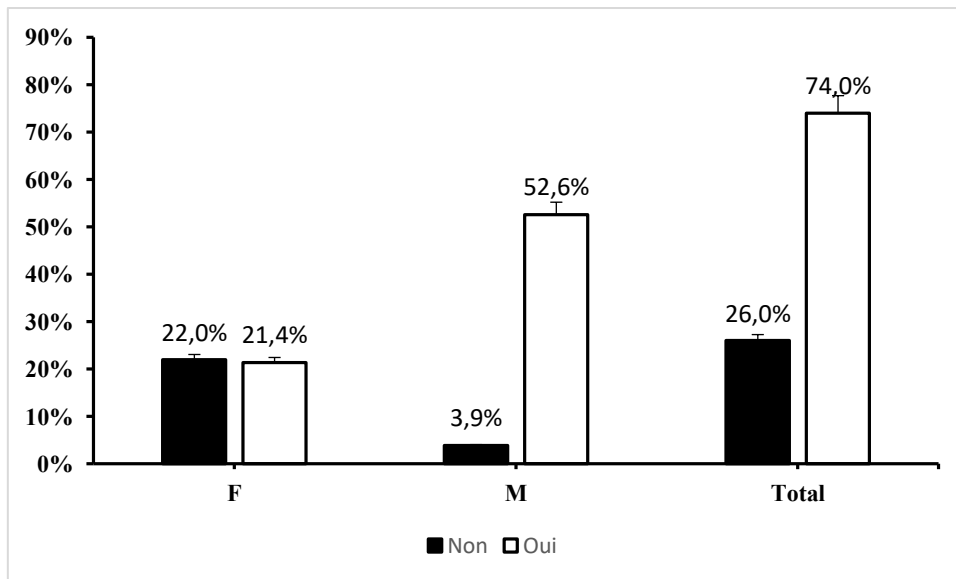


Figure 25 : Répartition de la pratique du sport extrascolaire selon le sexe

Plus que la moitié des élèves qui exercent une activité sportive extrascolaire le font deux ou trois fois par semaine.

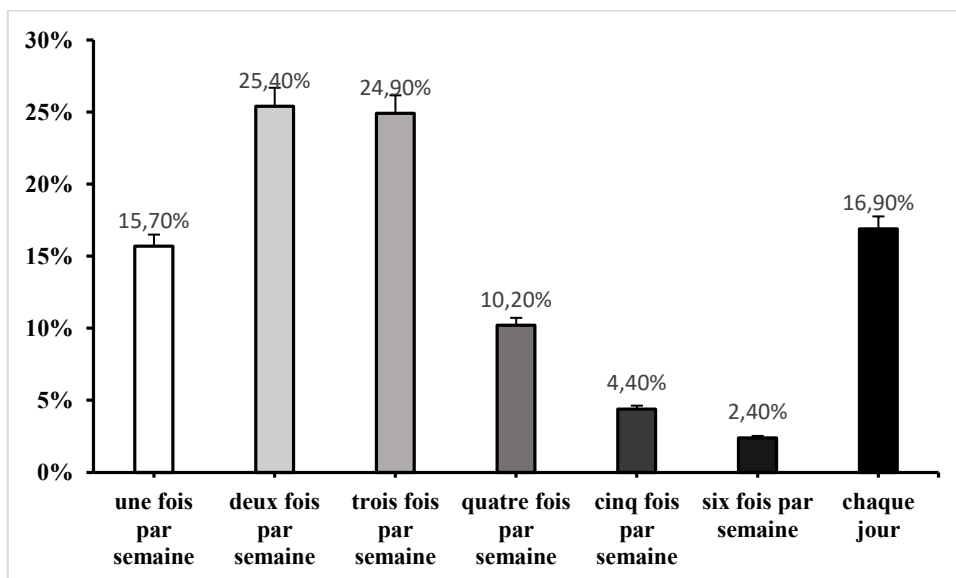


Figure 26 : Distribution de la fréquence de la pratique du sport extrascolaire

V. Inactivité physique

V.1. Durée de Sommeil

En classant la durée de sommeil en trois classes, il s'est avéré que la plupart des élèves (64,1%) ont une durée moyenne (de 7H à 9H), 17,1% d'entre eux ont une durée longue de sommeil (>9H) et 18,8% ont une durée courte de sommeil (<7H).

La figure suivante représente les résultats obtenus :

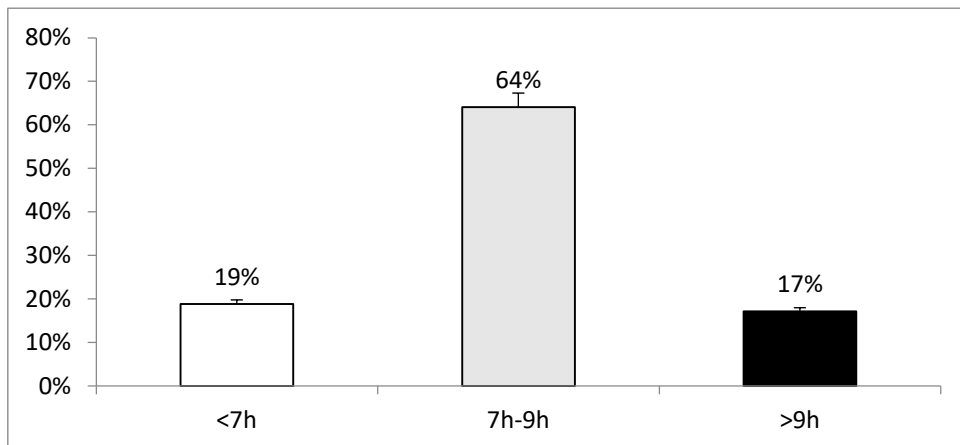


Figure 27 : Répartition de la durée de sommeil chez les lycéens de la région de Beni Mellal

A noter que, les résultats obtenus montrent que le pourcentage des garçons (59,38%) ayant une durée de sommeil moyenne (7h-9h) dépasse celui des filles (40,62%). Concernant les élèves ayant une durée de sommeil longue (>9h), on note aussi un pourcentage de 62% pour les garçons contre 38% pour les filles. Cependant, le pourcentage des filles et celui des garçons ne sont pas assez différents en ce qui concerne la durée de sommeil courte.

Les résultats sont présentés dans la figure suivante.

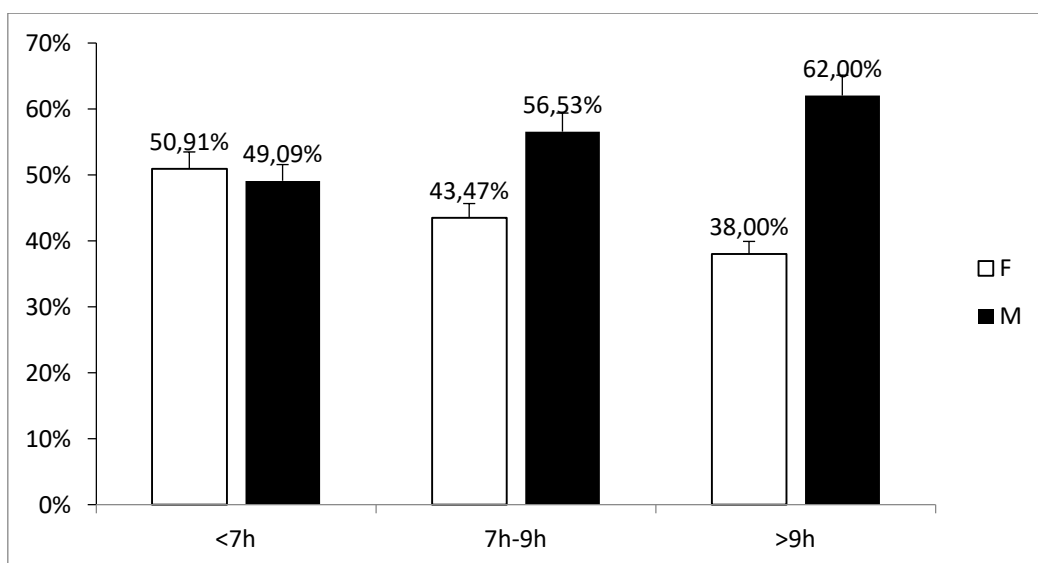


Figure 28 : Distribution de la durée de sommeil selon le sexe

V.2. Temps consacré aux écrans :

Les élèves de cette région consacrent en moyenne $1,26 \pm 0,439$ h pour regarder la télévision par jour. A constater que 26% des élèves consacrent plus de 2h par jour à regarder la télévision, sans qu'il y ait une différence significative entre filles et garçons.

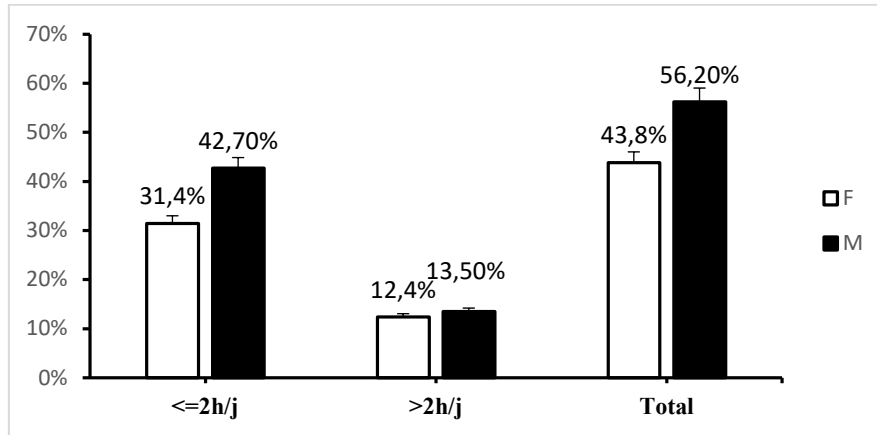


Figure 29 : Répartition du temps consacré pour la télévision selon le sexe

Pour ce qui est de l'ordinateur, les élèves passent en moyenne $1,24 \pm 0,426$ h par jour à utiliser l'ordinateur, dont 23,7% l'utilisent plus que deux heures par jour, contre 76,3% qui exploitent l'ordinateur moins de deux heures par jour. A ce niveau, il faut noter la présence d'une différence significative en faveur des garçons (Khi-deux=5,422 ; ddl=1 ; p=0,02).

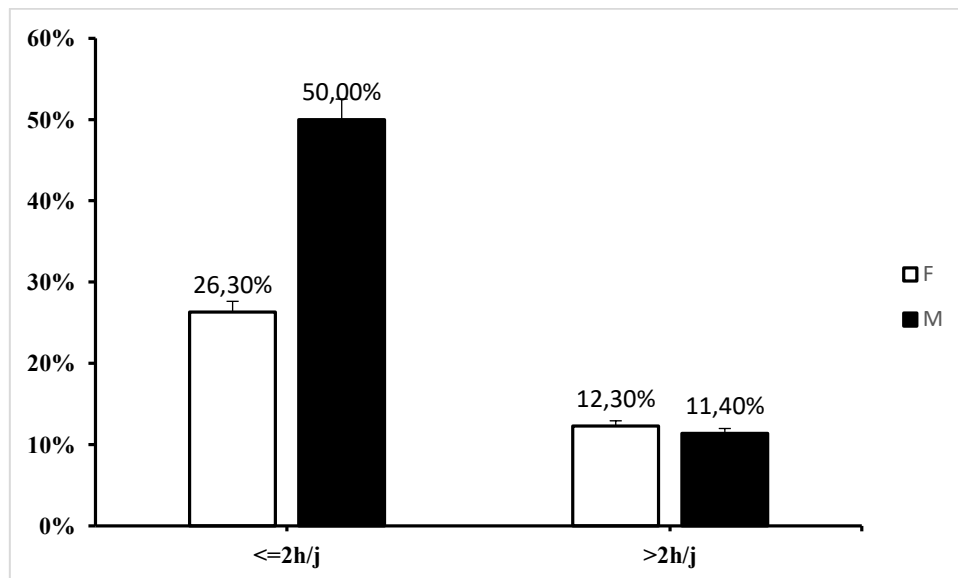


Figure 30 : Répartition du temps consacré pour l'ordinateur selon le sexe

Le téléphone portable est devenu l'autre moyen incontournable de visualisation des écrans. La figure 31 illustrant le temps consacré par les élèves à utiliser le téléphone portable, montre

que 38,3% des participants consacrent plus de deux heures par jour à manipuler leurs téléphones cellulaires. La moyenne du temps d'utilisation est de $1,38 \pm 0,487$ h/j.

Bien que les garçons utilisent leur téléphone portable plus que les filles, la différence n'est pas significative.

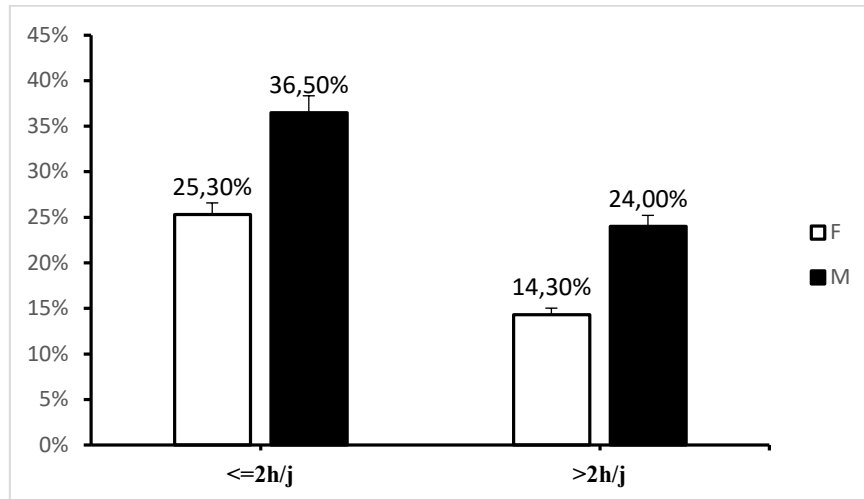


Figure 31 : Répartition du temps consacré pour le téléphone portable selon le sexe

Partie II :

Les résultats, concernant la santé mentale des élèves, nous ont permis de vérifier les hypothèses émises dans ce cadre. Ainsi, ils concernent l'étude de la prévalence de quelques indices de santé mentale, à savoir l'estime de soi, l'anxiété, le stress, la dépression, les idées suicidaires, les tentatives de suicide et le soutien social perçu par les élèves. L'une des particularités de cette étude est la mesure du "Burnout" scolaire, puisque ce travail se réalise dans le contexte scolaire.

Dans cette partie, d'autres résultats ont été obtenus grâce à des associations effectuées entre les différentes variables étudiées et des comparaisons des échantillons. Ainsi, nous avons eu des résultats des corrélations entre différents indices de santé mentale selon le genre, la perception de l'image corporelle les idées et tentatives suicidaires et selon la performance scolaire. Des résultats relatifs à la prédiction des idées et des tentatives de suicide ont été aussi relevés dans cette partie.

Au total, nous avons analysé dans cette partie les données de 400 élèves qui ont répondu à tous les questionnaires proposés. Nous avons éliminé 106 cas n'ayant pas complété tous les questionnaires.

VI. Prévalence des indices de santé mentale :

VI.1. Estime de soi

La figure 32 illustre les résultats de la prévalence de l'estime de soi chez les élèves étudiés, il est clair qu'un nombre très élevé d'élèves ont une estime de soi faible (70 %).

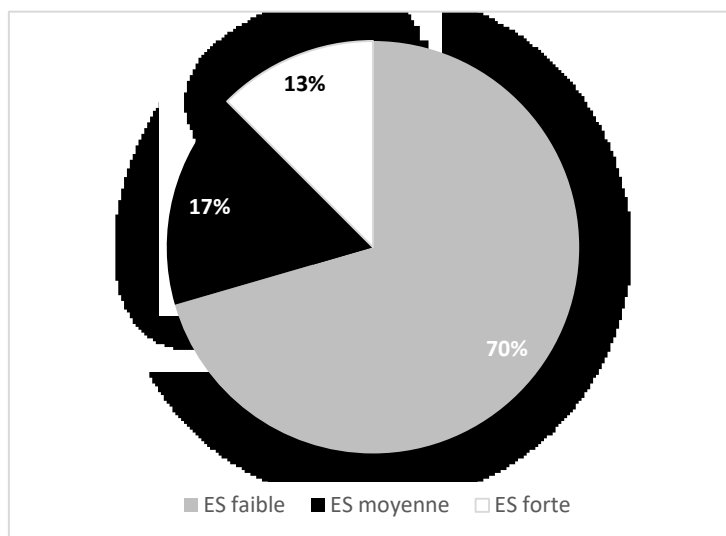


Figure 32 : Prévalence de l'estime de soi chez les lycéens de la région de Béni Mellal

VI.2. Anxiété

En ce qui concerne l'anxiété, seulement 26% des élèves expriment un taux inférieur à la moyenne, cependant les 74% restants sont répartis entre ceux ayant une anxiété extrême et celle supérieure à la moyenne.

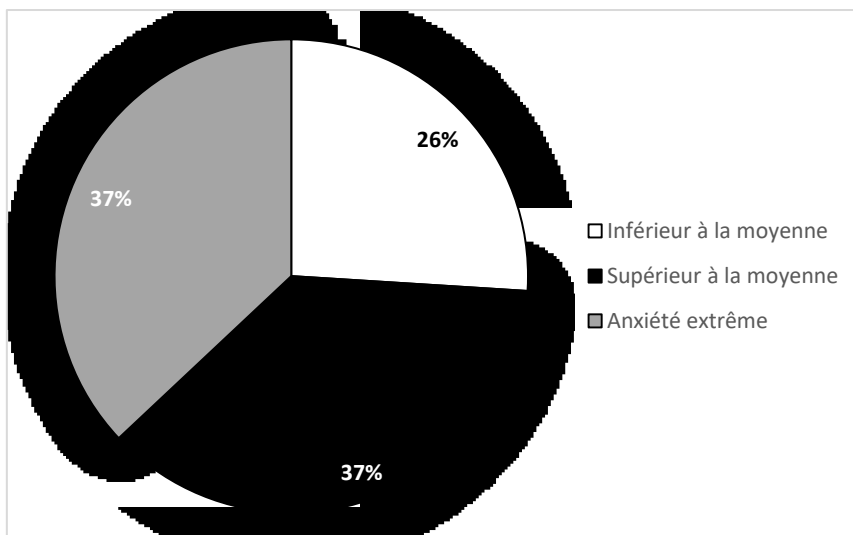


Figure 33 : Prévalence de l'anxiété chez les lycéens de la région de Béni Mellal

VI.3. Stress

Les résultats du stress psychologique ont montré que 21,5% des participants expriment un niveau de stress élevé.

La figure 34 représente les pourcentages des élèves ayant différents degrés de stress.

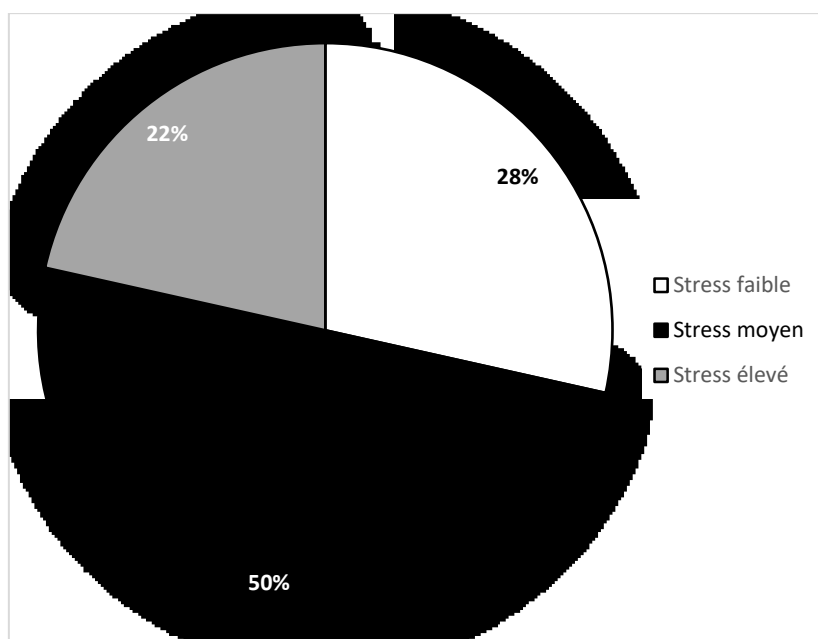


Figure 34 : Prévalence stress psychologique chez les lycéens de la région de Béni Mellal

VI.4. Dépression

Selon l'inventaire de la dépression de BECK, nous avons noté un pourcentage élevé (29,5%) des élèves manifestant des symptômes de dépression d'intensité clinique.

Les résultats sont illustrés dans la figure suivante.

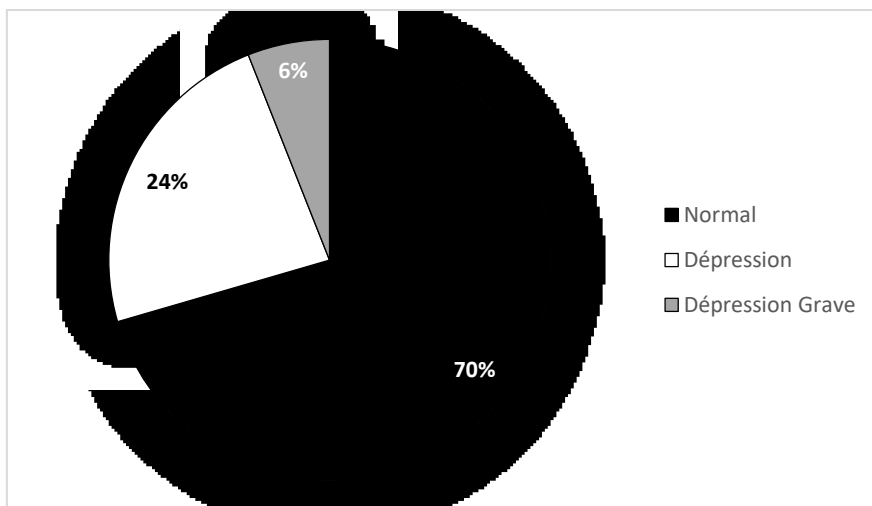


Figure 35 : Prévalence de la dépression chez les lycéens de la région de Béni Mellal

VI.5. Burnout Scolaire :

VI.5.1. Utilisation du « School Burnout inventory » :

Dans le but de comparer les résultats du "Burnout" scolaire entre le début et la fin de l'année scolaire, nous avons enquêté les élèves en deux temps, en Octobre au début de l'année scolaire, et en mai juste avant la fin de l'année scolaire.

VI.5.1.1 Résultat du score total du "Burnout" scolaire :

En calculant la moyenne du score total du Burnout scolaire des lycéens de la région de Béni Mellal, nous avons relevé une valeur de $32,02 \pm 7,2$ au début de l'année scolaire, quant à la fin de celle-ci, nous avons relevé une valeur de $32,45 \pm 7,2$.

VI.5.1.2 Résultats par moyenne des scores des trois dimensions du "Burnout" scolaire :

En se basant sur les moyennes des scores obtenus pour le "Burnout" scolaire, nous avons relevé, au début de l'année scolaire, une moyenne de 3,6 pour l'épuisement émotionnel, de 3,3 pour le cynisme et de 3,6 pour le sentiment d'inadéquation scolaire. La moyenne des scores du Burnout est de 3,5.

A la fin de l'année scolaire, les résultats obtenus sont de 3,8 pour l'épuisement émotionnel, de 3,2 pour le cynisme et de 3,6 pour le sentiment d'inadéquation scolaire. La moyenne des scores du Burnout est de 3,6.

Il apparaît que toutes les moyennes obtenues dépassent la moyenne 3, et que la différence entre le début de l'année scolaire et sa fin n'est pas grande.

Tableau 10 : Distribution des moyennes des scores du "Burnout scolaire"

"Burnout" scolaire	Epuisement émotionnel (EE)	Cynisme	Inadéquation à l'école (INAD)	Burnout total
Moyenne au début de l'année scolaire	3,6	3,3	3,6	3,5
Moyenne à la fin de l'année scolaire	3,8	3,2	3,6	3,6

VI.5.1.3 Résultats par niveau d'épuisement :

En se référant au niveau d'épuisement (non épuisés « score inférieur à 30 », moyennement épuisés « score supérieur à 30 », et fortement épuisés « score supérieur à 34 »), les résultats montrent un pourcentage élevé des élèves fortement épuisés, que ça soit au début de l'année scolaire (36,1%), ou a la fin de l'année scolaire (40%).

Tableau 11 : Prévalence du Burnout scolaire selon le niveau d'épuisement

Interprétation du Burnout scolaire	Au début de l'année scolaire		A la fin de l'année scolaire	
	F	%	F	%
Non épuisé	132	34,7	158	39,5
Moyennement Epuisé	111	29,2	82	20,5
Fortement Epuisé	137	36,1	160	40,0

VI.5.1.4 Distribution du niveau d'épuisement scolaire selon le sexe

Le tableau suivant illustre la distribution du niveau d'épuisement scolaire en fonction du genre des élèves, et montre que les filles, sont plus épuisées que les garçons. Ainsi nous avons eu une différence significative d'épuisement entre filles et garçons au début de l'année scolaire (Khi-deux=7,711 ; ddl=2 ; p=0,021) et à la fin de l'année scolaire (Khi-deux=19,161 ; ddl=2 ; p=0,000).

Tableau 12 : Distribution du niveau d'épuisement selon le sexe.

Niveau d'épuisement	Au début de l'année scolaire		A la fin de l'année scolaire	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Non épuisé	37,9%	62,1%	40,5%	59,5%
Moyennement Epuisé	37,8%	62,2%	63,4%	36,6%
Fortement Epuisé	52,6%	47,4%	62,5%	37,5%

VI.5.1.5 Comparaison des scores du Burnout scolaire selon le niveau scolaire :

➤ *Au début de l'année scolaire :*

La comparaison des moyennes du score total du "Burnout" selon le niveau scolaire des élèves montre qu'il y a une différence significative de point de vue "Burnout" selon le niveau scolaire ($F= 11,401$; $p=,000$)

Le test post hoc deux à deux montre que les élèves du tronc commun sont moins épuisés que ceux de la première année du Baccalauréat ($p=0,004$), et de la deuxième année du baccalauréat ($p=0,000$).

Tableau 13 : Comparaison des scores du Burnout scolaire selon le niveau scolaire

	N	Moyenne	ddl	F	Sig.
tronc commun	160	3,34	379	11,401	,000
1ère année du Bac	25	3,88			
2 ^{ème} année du Bac	195	3,69			

➤ *A la fin de l'année scolaire :*

La comparaison des moyennes du score total du "Burnout" selon le niveau scolaire des élèves, vers la fin de l'année scolaire, montre qu'il y a une différence significative de point de vue "Burnout" selon le niveau scolaire ($F= 2,802$; $p=,028$)

Le test post hoc deux à deux montre que les élèves du tronc commun scientifique sont moins épuisés que ceux du tronc commun littéraire ($p=0,006$), de la première année du baccalauréat littéraire ($p= 0,038$) ou encore de la première année du baccalauréat scientifique ($p=0,047$).

Tableau 14 : Comparaison des scores du Burnout scolaire selon le niveau scolaire

	N	Moyenne	ddl	F	Sig.
tronc commun sc	28	37,64	159	2,802	,028
tronc commun L	42	40,14			
1ere AB sc	34	40,06			
1ere AB L	26	40,46			
2 ème AB SC	30	39,80			
Total	160	39,68			

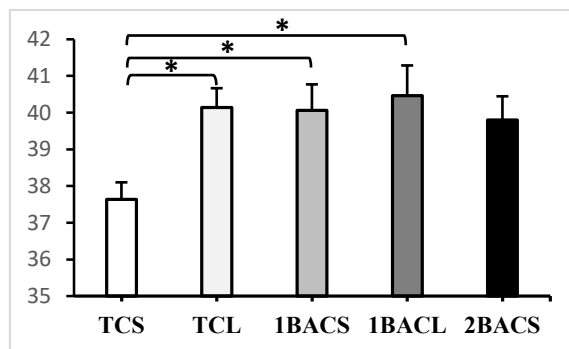


Figure 36 : Comparaison des scores du "Burnout" scolaire selon le niveau scolaire

VI.5.1.6 " Burnout" scolaire et heures supplémentaires :

Pour rechercher d'éventuels facteurs contribuant au "Burnout" scolaire, nous avons exploré l'implication des élèves dans les heures supplémentaires en dehors des séances officielles programmées aux établissements publics. Ainsi, nous avons relevé que 25,7% des élèves optent pour les heures supplémentaires.

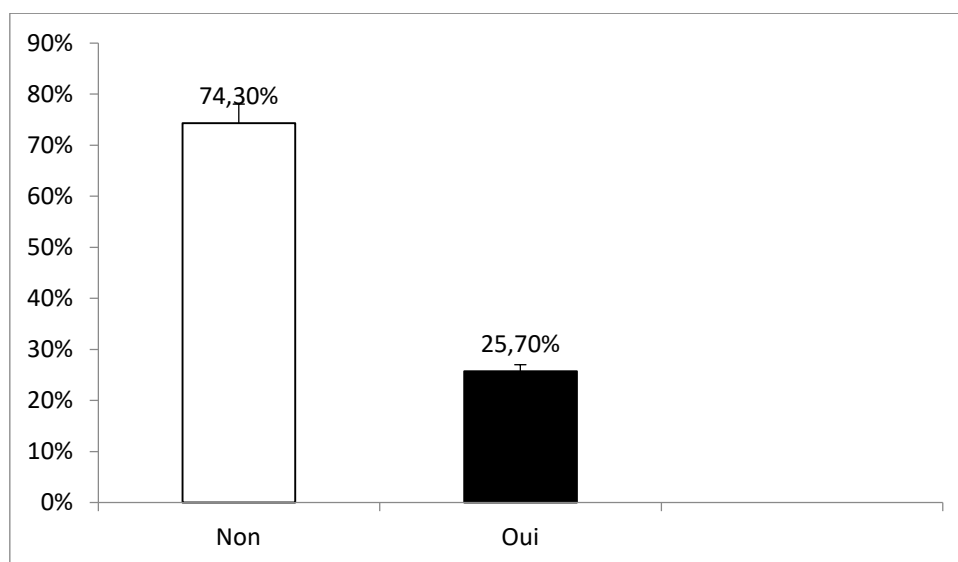


Figure 37 : Répartition des élèves selon leur adoption des heures supplémentaires

La collecte des données relatives aux heures supplémentaires était effectuée au début de l'année scolaire, pour cette raison, nous avons questionné les élèves à propos de leur intention de bénéficier des heures supplémentaires pendant le deuxième semestre. Les résultats obtenus montrent que cette pratique est plutôt appréciée pendant le deuxième semestre puisque 59,8% des lycéens ont confirmé avoir l'idée de suivre des heures supplémentaires pendant cette période.

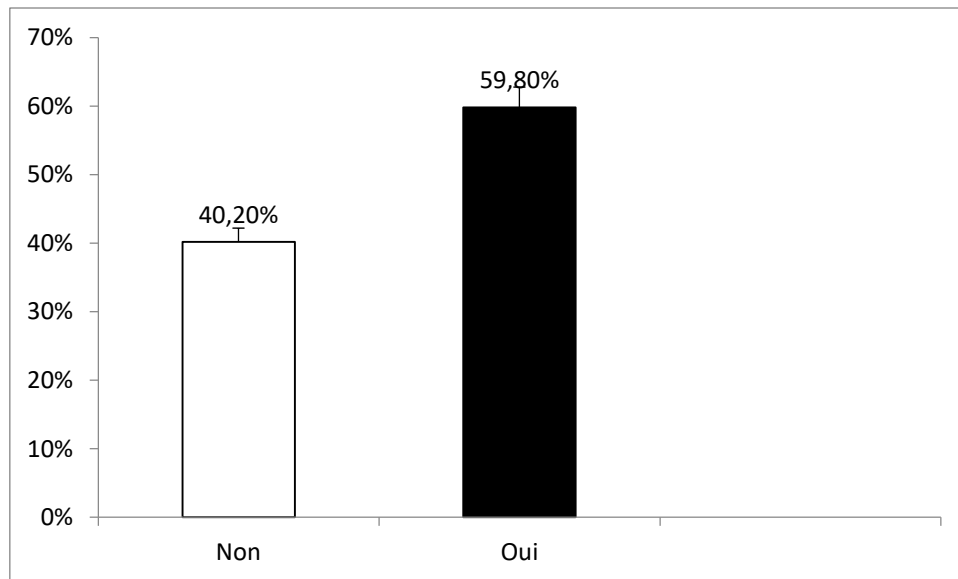


Figure 38 : Répartition ces élèves souhaitant bénéficier des heures supplémentaires pendant le deuxième semestre

La comparaison du score du "Burnout" scolaire entre les élèves qui suivent des heures supplémentaires ($33,39 \pm 6,9$) et ceux qui ne les suivent pas ($31,55 \pm 7,7$), montre qu'il y a une différence significative entre les deux groupes ($t=2,186$; $ddl=378$; $p=0,029$), ceci veut dire que les élèves qui bénéficient des heures supplémentaires sont plus épuisés que les autres.

VI.5.2. Utilisation du « Maslach Burnout Inventory » :

VI.5.2.1 Prévalence du Burnout selon les trois dimensions :

46,3% ,43% et 60,8% des élèves qui ont participé dans cette partie de l'étude expriment un niveau élevé en épuisement émotionnel, cynisme et inadéquation en tant qu'élève respectivement.

Tableau 15 : Prévalence du Burnout scolaire selon les trois dimensions

Dimensions	Niveau	Fréquence	pourcentage
Epuisement_Emotionnel (EE)	élevé	156	46,3
Cynisme	élevé	145	43
Inadéquation (INAD)	élevé	205	60,8

VI.5.2.2 Prévalence du Burnout selon le nombre de dimensions atteintes :

Le tableau 16 montre que 17,5 % des participants expriment un score élevé (Burnout élevé) dans les trois dimensions du burnout, contrastant en ceci avec les 16,3 % qui expriment un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière, ils sont donc loin d'être épuisés. Le reste des participants (soit 66,2 %) ont un "Burnout" élevé dans une ou deux dimensions.

Tableau 16 : Prévalence du Burnout selon le nombre de dimensions atteintes

Nombre de dimensions atteintes	Fréquence	pourcentage
0	55	16,3
1	117	34,7
2	106	31,5
3	59	17,5

VI.5.2.3 Comparaison du nombre de dimensions atteintes en fonction du genre :

La comparaison du nombre de dimensions atteintes entre garçons et filles montre une différence significative, c'est-à-dire que les filles sont plus épuisées que les garçons (Khi-deux=8,726, ddl= 3, p= 0,033).

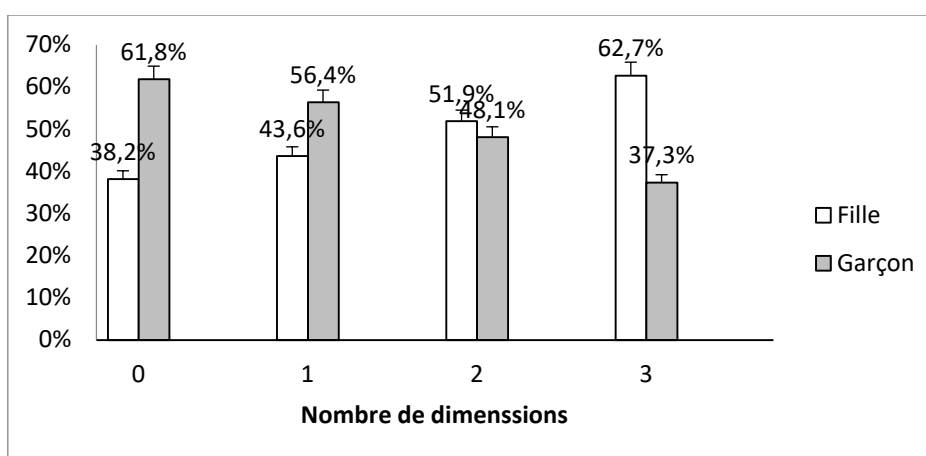


Figure 39 : Comparaison du nombre de dimensions atteintes en fonction du genre :

VI.5.2.4 Corrélation entre le Burnout et la performance scolaire

On remarque que la corrélation bilatérale entre Burnout et performance scolaire est significative, c'est-à-dire que plus le burnout est accentué plus la performance diminue, et vis versa ($r=-0,120$, $p=0,014$).

VI.6. Idées Suicidaires et Tentative de suicide :

L'un des problèmes qu'on vise d'analyser par cette étude est celui des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Pour ceci on a soulevé le pourcentage des élèves ayant des idées suicidaires comme c'est montré dans le tableau suivant.

Tableau 17 : Prévalence des idées suicidaires chez les élèves

Des idées suicidaires	Fréquence	Pourcentage
Non	284	71,0
Oui	116	29,0
Total	400	100,0

Les résultats montrent que 29% des élèves ayant participé à l'étude, ont confirmé avoir eu des idées suicidaires pour des raisons familiales (à plus de 14,5% des cas) ou pour des raisons personnelles (à 9%).

Tableau 18 : Raisons des idées suicidaires chez les élèves

Des idées suicidaires	Fréquence	Pourcentage
	286	71,5
Famille	60	14,5
F+P	16	2,0
Personnelles	38	9,5
Total	400	100,0

Fait marquant, 22 élèves, à savoir 5,5% des participants ont confirmé avoir déjà fait une tentative de suicide.

Tableau 19 : Prévalence des tentatives de suicide chez les élèves

Tentative de suicide	Fréquence	Pourcentage
Non	378	94,5
Oui	22	5,5
Total	400	100,0

VI.7. Soutien social perçu :

Nous avons adopté une démarche différente lors de l'analyse des résultats du soutien social perçu, pour cela on s'est limité aux élèves n'ayant reçu aucun soutien, à savoir ceux qui mettent un nombre 0 pour répondre aux questions. Les résultats sont résumés dans le tableau suivant :

Tableau 20 : Pourcentage des élèves n'ayant reçu aucun soutien

	Famille		Amis camarades		Professionnels de l'enseignement		Professionnels de la santé (médecins, psychologues,..)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Vous ont réconforté(e) et écouté(e) ?	58	14.5	70	17.5	266	66.5	370	92.5
Se sont occupées de vous et vous ont aidé(e) matériellement ?	42	10.5	250	62.5	370	92.5	394	98.5
Vous ont donné des conseils, des informations, des suggestions ?	34	8.5	76	19	204	51	380	95
Vous ont redonné confiance en vous-même ?	86	21.5	134	33.5	278	69.5	384	96

L'analyse des données montre que le degré d'implication dans le soutien social des élèves diminue en passant de la famille vers les amis puis le personnel de l'enseignement et enfin les

professionnels de la santé. En effet, nous observons une presque quasi-absence du soutien de ces derniers, mais également pour les professionnels de l'enseignement dont le soutien est très faible.

VII. Association entre indices de santé mentale

VII.1. Corrélations entre les différents indices de santé mentale étudiés :

Les résultats des corrélations entre les différents indices, de santé mentale, étudiés montrent qu'il y a une relation significative entre tous les indices deux à deux comme ceci est illustré dans le tableau 21. Ainsi, il apparaît que plus l'estime de soi est faible plus le score du Burnout, de l'anxiété, du stress et de la dépression augmente. A noter aussi que lorsque le score de l'un des paramètres (Burnout, anxiété, stress et dépression) augmente, on obtient une augmentation des scores des autres paramètres sauf celui de l'estime de soi qui diminue.

Tableau 21 : Corrélations entre les indices de santé mentale chez les élèves

		Score de l'Estime de Soi	Score total BO	Score Anxiété	Score Stress	Score Dépression
Score de l'Estime de Soi	Corrélation de Pearson	1	-,222**	-,407**	-,319**	-,406**
	Sig. (bilatérale)		,005	,000	,000	,000
	N	160	160	160	160	160
Score total BO	Corrélation de Pearson	-,222**	1	,376**	,306**	,317**
	Sig. (bilatérale)	,005		,000	,000	,000
	N	160	160	160	160	160
Score Anxiété	Corrélation de Pearson	-,407**	,376**	1	,620**	,616**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	160	160	160	160	160
Score Stress	Corrélation de Pearson	-,319**	,306**	,620**	1	,468**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	160	160	160	160	160
Score Dépression	Corrélation de Pearson	-,406**	,317**	,616**	,468**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	160	160	160	160	160

VII.2. Comparaison des scores des indices de santé mentale selon le genre des élèves :

L'étude de la différence des moyennes des indices de santé mentale étudiés dans cette étude selon le genre montre une différence significative des moyennes de ces indices entre garçons et filles. En effet, selon les résultats illustrés dans le tableau 22, il est clair que les filles sont plus épuisées, stressées, déprimées, anxieuses et ont moins d'estime de soi que les garçons.

Tableau 22 : Comparaison des scores des indices de santé mentale selon le sexe

	Sexe	N	Moyenne	t	ddl	Sig.
Score de l'Estime de Soi	F	216	26,6481	-4,23	397,92	0,000
	M	184	28,5978			
Score_ total_BO	F	216	34,16	5,21	365,10	0,000
	M	184	30,43			
Score –Anxiété	F	216	51,48	8,52	398	0,000
	M	184	42,74			
Score_ Stress	F	216	42,6944	6,46	398	0,000
	M	184	34,6304			
Score- Dépression	F	216	19,52	8,22	396,77	0,000
	M	184	12,66			

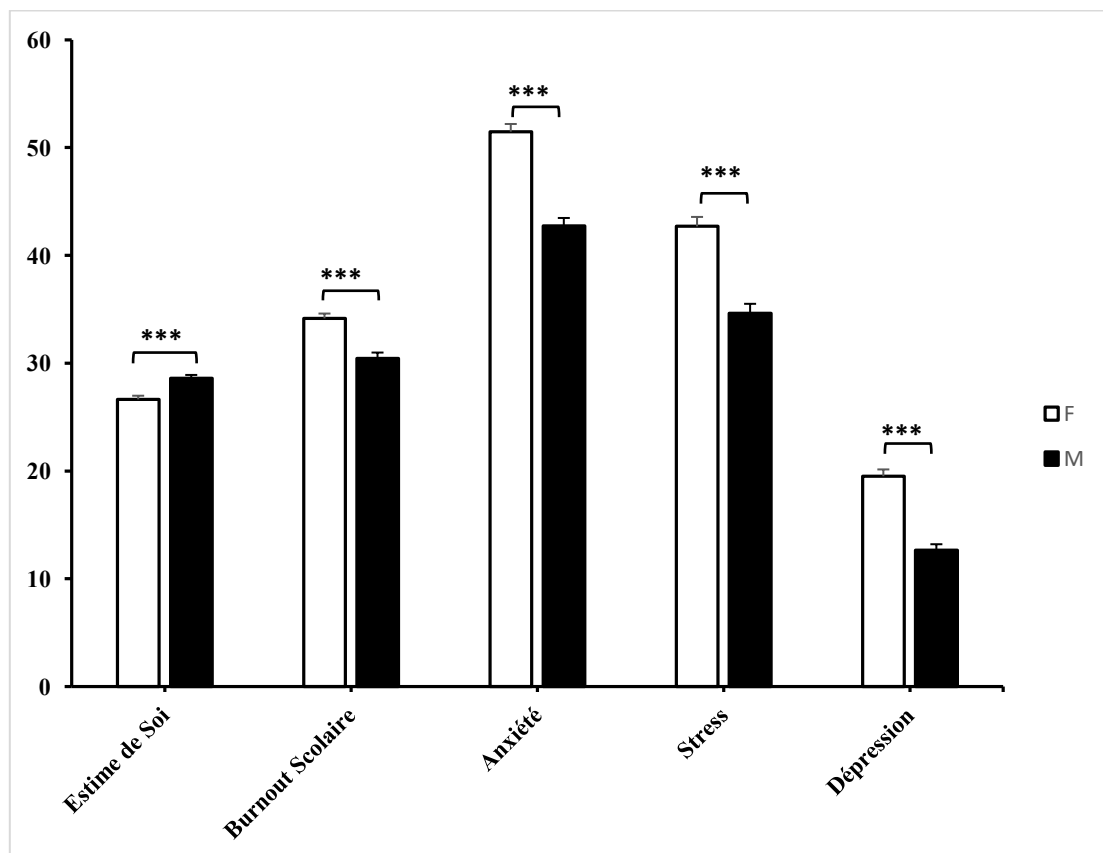


Figure 40 : Comparaison des scores des indices de santé mentale selon le sexe

VII.3. Relation entre les indices de santé mentale et la perception de l'image corporelle :

A propos de la perception de l'image corporelle, et d'après leurs réponses aux deux questions posées : « Sélectionnez la silhouette qui, selon vous, vous ressemble le plus actuellement » et « Sélectionnez la silhouette à laquelle vous souhaiteriez ressembler », nous avons classé ces élèves en deux groupes, ceux qui considèrent que leur silhouette actuelle est elle-même la silhouette idéale (satisfaits de leur image corporelle) et les non satisfaits à savoir ceux qui cochent deux numéros différents dans les deux questions. Ainsi, 67,5% d'entre eux étaient des non satisfaits de leur image corporelle (tableau 23).

Tableau 23 : Moyennes des indices de santé mentale selon la perception de l'image corporelle

	Interprétation de la perception de l'image corporelle	N	Moyenne	t	ddl	Sig.
Score de l'Estime de Soi	Non satisfait	98	24,7551	-1,429	156	0,155
	Satisfait	60	25,8333			
Score_total_BO	Non satisfait	98	39,73	0,112	156	0,911
	Satisfait	60	39,67			
Score _ Anxiété	Non satisfait	98	53,47	1,182	156	0,239
	Satisfait	60	51,60			
Score _ Stress	Non satisfait	98	45,6939	1,267	156	0,207
	Satisfait	60	43,2000			
Score _ Dépression	Non satisfait	98	22,61	2,169	156	0,032
	Satisfait	60	19,10			

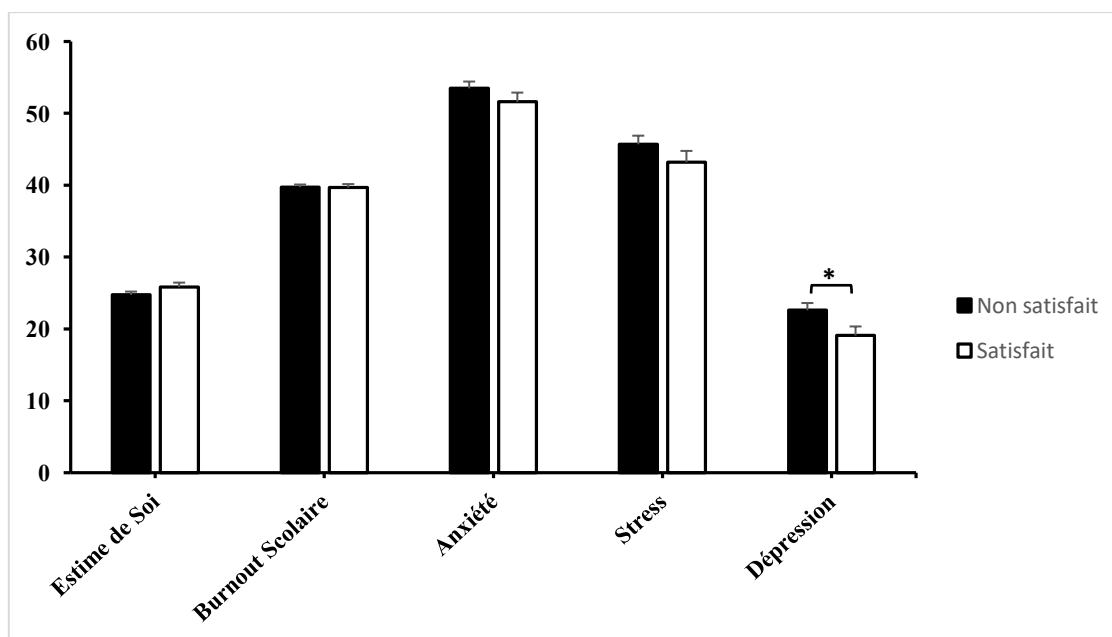


Figure 41 : Moyennes des indices de santé mentale selon la perception de l'image corporelle

La moyenne de dépression chez les non satisfaits de leur image corporelle était de $22,61 \pm 9,97$ alors que cette moyenne chez les satisfaits était de $19,10 \pm 9,72$. La différence est significative (Test $t = 2,169$, ddl = 156, $p = 0,032$), ce qui laisse à déduire que la perception de l'image corporelle peut avoir des liens avec l'avènement d'épisodes dépressifs.

Quant aux autres indices, il apparaît qu'ils ne sont pas influencés par la perception de l'image corporelle comme c'est indiqué dans le tableau.

VII.4. Association des indices de santé mentale et des idées suicidaires :

L'analyse des données de la présente recherche indique que les élèves qui ont des idées suicidaires ont une moyenne d'estime de soi de $23,42 \pm 4,19$ alors que ceux qui n'ont pas ces idées ont une moyenne de $26,42 \pm 4,47$. La différence entre les deux groupes est donc significative (Test $t = 4,284$, ddl = 158, $p = 0,000$). On peut donc affirmer que les idées suicidaires influence l'estime de soi.

De même pour l'anxiété (Test $t = 5,227$, ddl = 157,184, $p = 0,000$), le stress (Test $t = 2,96$, ddl = 158, $p = 0,004$) et la dépression (Test $t = 4,95$, ddl = 158, $p = 0,000$) la différence est significative et donc les idées suicidaires influencent ces indices mentaux chez la population étudiée.

Le seul paramètre dont la différence n'est pas significative est le Burnout (Test $t = 1,01$, ddl = 158, $p = 0,31$).

Tableau 24 : Moyennes des indices de santé mentale selon la survenue des idées suicidaires

	Des idées suicidaires	N	Moyenne	t	ddl	Sig.
Score de l'Estime de Soi	Non	94	26,4255	4,284	158	,000
	Oui	66	23,4242			
Score_total_BO	Non	94	39,43	-1,019	158	,310
	Oui	66	40,03			
Score-Anxiété	Non	94	49,64	-4,866	158	,000
	Oui	66	56,76			
Score-Stress	Non	94	42,1702	-2,964	158	,004
	Oui	66	47,8182			
Score-Dépression	Non	94	18,02	-4,950	158	,000
	Oui	66	25,48			

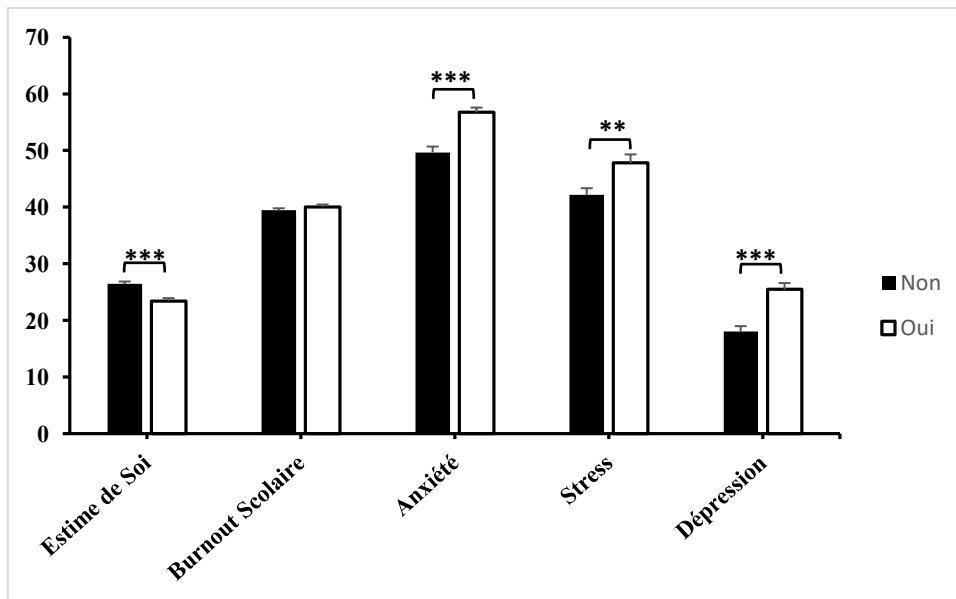


Figure 42 : Moyennes des indices de santé mentale selon la survenue des idées suicidaires

VII.5. Association des indices de santé mentale et tentative de suicide :

En ce qui concerne le lien entre la "tentative de suicide" et les indices de santé mentale abordés dans cette étude chez la population étudiée, il est à remarquer encore que seul le Burnout qui n'est pas influencé par ces indices (Test $t = -0,51$, ddl = 158, $p = 0,609$). Alors que pour les autres indices: l'estime de soi (Test $t = 3,943$, ddl = 20,266, $p = 0,001$), l'anxiété (Test $t = 5,105$, ddl = 26,591, $p = 0,000$), le stress (Test $t = 3,941$, ddl = 158, $p = 0,000$) et la dépression (Test $t = 4,443$, ddl = 158, $p = 0,000$) la différence est significative et par conséquent sont influencés par les tentatives de suicide.

Tableau 25 : Moyennes des indices de santé mentale selon les tentatives de suicide

	Tentative de suicide	N	Moyenne	ddl	Sig.
Score de l'Estime de Soi	Non	144	25,5833	3,374	1580,001
	Oui	16	21,6250		
Score_total_BO	Non	144	39,63	-0,512	1580,609
	Oui	16	40,13		
Score-Anxiété	Non	144	51,75	-3,314	1580,001
	Oui	16	60,00		
Score-Stress	Non	144	43,2917	-3,941	1580,000
	Oui	16	55,3750		
Score-Dépression	Non	144	19,99	-4,443	1580,000
	Oui	16	31,13		

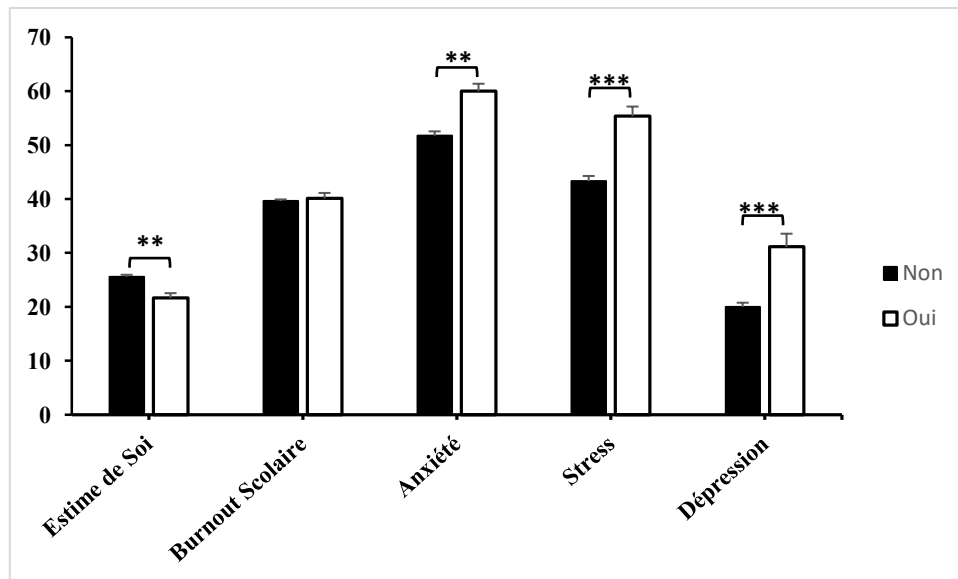


Figure 43 : Moyennes des indices de santé mentale selon les tentatives de suicide

VII.6. Régression : Prédiction des idées suicidaires :

L'étude des indices de la santé mentale qui contribuent le plus à la survenue des idées suicidaires montrent que ces indices prédisent 19,7% des idées suicidaires. La prédiction est significative ($F=7,55$; $p=0,00$).

L'équation de régression standardisée est : $y = -2,250 * (\text{estime de soi}) + 2,002 * (\text{Anxiété}) + 2,144 * (\text{dépression}) + \dots$

Dans ce cas, plus l'estime de soi est faible, l'anxiété est élevée et la dépression élevée plus les élèves auront des idées suicidaires.

VII.7. Régression : Prédiction des tentatives de suicide :

Les indices de santé mentale à savoir l'estime de soi, l'anxiété, le Burnout, le stress et la dépression prédisent 10,8% les tentatives de suicide et cette prédiction est significative ($F=9,499$; $p=0,00$).

L'équation de régression standardisée est : $y = -1,989 * (\text{estime de soi}) + 3,876 * (\text{dépression}) + \dots$

Par conséquent, moins l'estime de soi est élevée, plus la dépression est accentuée et plus les tentatives de suicides s'amplifient.

VII.8. Influence des indices de santé mentale sur la performance scolaire :

L'étude de l'influence des indices de santé mentale sur la performance scolaire des élèves, indique un effet de l'estime de soi ($F=8,253$; $p=0,000$) et du "Burnout" scolaire ($F=4,375$; $p=0,013$) sur cette dernière.

Le test post hoc montre qu'il y a une différence significative entre les élèves ayant un niveau bas et ceux ayant un niveau de performance élevé en matière de "Burnout" scolaire ($p=0,018$). En ce qui concerne l'estime de soi, la différence est significative, d'un côté, entre les élèves

de haute performance scolaire et ceux ayant une performance moyenne(0,000), et de l'autre coté, entre les élèves de basse performance et ceux de haute performance scolaire(0,024).

Tableau 26 : Comparaison des moyennes des indices de santé mentale en fonction de la performance scolaire

		N	Moyenne	ddl	F	Sig.
Dépression	Niveau Bas	20	18,00	397	0,371	0,690
	Niveau Moyen	288	16,22			
	Niveau Elevé	90	16,16			
Anxiété	Niveau Bas	20	51,10	397	1,118	0,328
	Niveau Moyen	288	47,26			
	Niveau Elevé	90	47,36			
"Burnout" scolaire	Niveau Bas	20	35,70	397	4,375	0,013
	Niveau Moyen	288	32,65			
	Niveau Elevé	90	30,84			
Estime de Soi	Niveau Bas	20	26,2000	397	8,253	0,000
	Niveau Moyen	288	27,0625			
	Niveau Elevé	90	29,2222			
Stress	Niveau Bas	20	44,7000	397	2,026	0,133
	Niveau Moyen	288	38,9028			
	Niveau Elevé	90	38,3778			

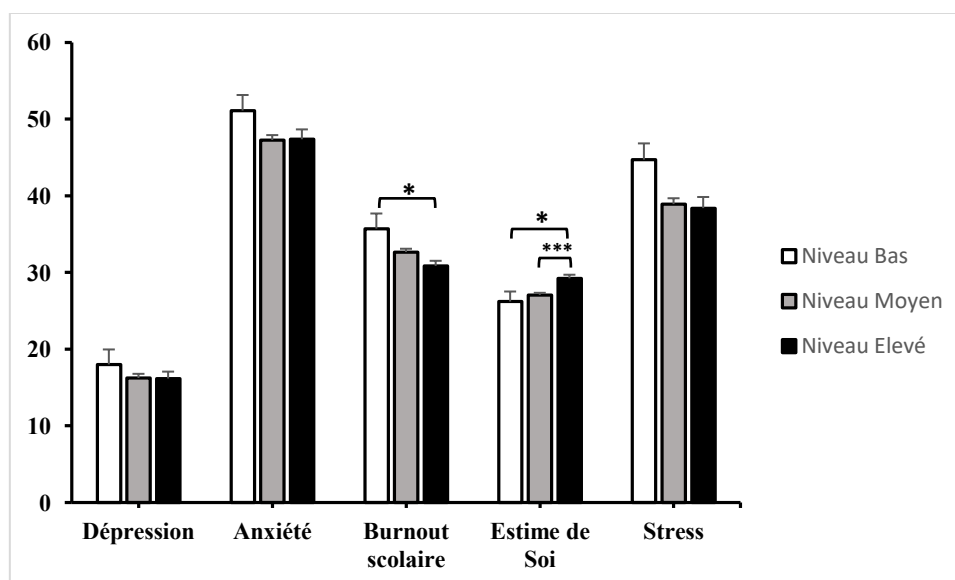


Figure 44 : Comparaison des moyennes des indices de santé mentale en fonction de la performance scolaire

VII.9. Comparaison des scores de l'estime de soi selon l'IMC :

La figure 45 représente la comparaison des scores de l'estime de soi selon les intervalles de l'IMC. Ce graphique, montre qu'il ya une différence significative entre les scores de l'estime de soi des élèves ayant une insuffisance pondérale (27,64) et ceux ayant un surpoids ou

obésité (24,25). ($F=3,958$; $ddl=375$; $p=0,014$), c'est-à-dire que les lycéens de cette région souffrent plutôt de l'insuffisance pondérale que de l'obésité.

Tableau 27 : Comparaison des scores de l'estime de soi selon l'IMC

		N	Moyenne
Score de l'Estime de Soi	Insuffisance Pondérale	28	27,6429
	Corpulence Normale	332	27,6627
	Surpoids	16	24,2500
	Total	376	27,5160

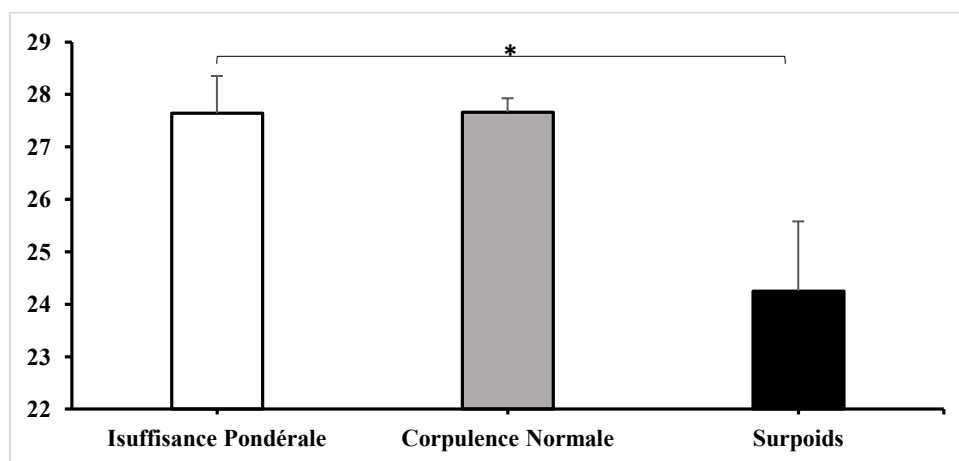


Figure 45 : Comparaison des scores de l'estime de soi selon l'IMC

VII.10. Comparaison entre la perception de l'image corporelle et l'IMC

Les résultats obtenus montrent que la relation entre la perception de l'image corporelle des élèves et l'IMC est significativement grande ($\chi^2=77,81$; $ddl=4$; $p=0,000$). Nous notons ainsi que tous les élèves en surpoids ou qui sont obèses ont envie de perdre le poids, alors que la plupart de ceux qui ont une insuffisance pondérale ont plutôt envie de gagner le poids.

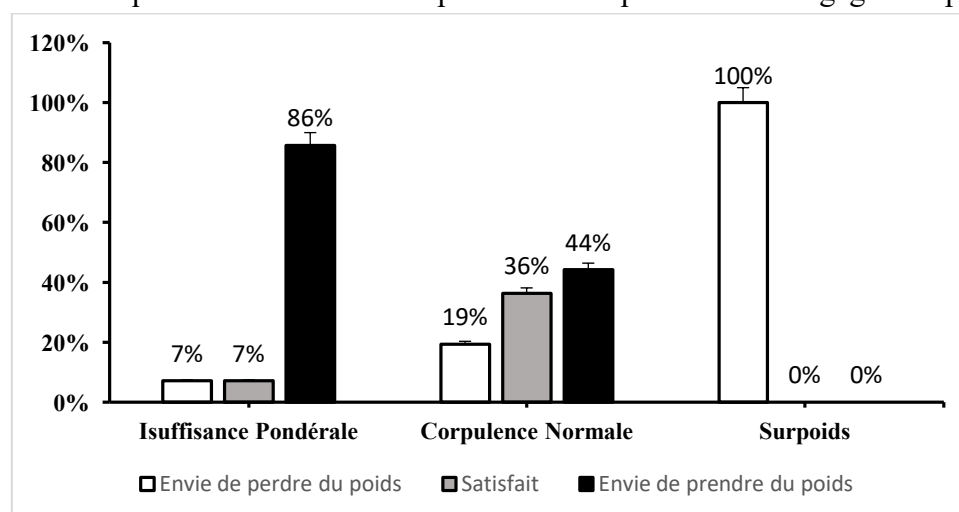


Figure 46 : Comparaison entre la perception de l'image corporelle et l'IMC

Partie III

L'étude des schémas précoces inadaptés est parmi les objectifs de cette étude. Pour ceci, nous avons procédé par l'analyse des moyennes obtenues pour les schémas précoces en les comparant en fonction du genre, du niveau scolaire et de la performance scolaire.

Des résultats relatifs aux corrélations des moyennes de ces schémas avec l'âge et l'anxiété ont été obtenus.

I. Schémas précoces :

I.1. Moyennes des schémas :

En comparant les moyennes des schémas précoces, nous remarquons que la moyenne du schéma « sens moral implacable » et du schéma « attachement » est élevée (>4) par rapport aux autres schémas (<4).

Tableau 28 : Moyennes des schémas précoces des élèves

	Moyenne	N	Ecart type
SPI-1 : Incompétence	3,2362	566	1,19143
SPI-2 : Carence affective	3,2446	566	1,01784
SP-3 : Isolement	2,469	566	1,16691
SP-4 : Autocontrôle insuffisant	3,5971	566	0,85547
SP-5 : Méfiance	3,7567	566	1,14048
SP-6 : Sacrifice de soi	3,8622	566	0,97986
SP-7 : Sens moral implacable	4,4128	566	0,98315
SP-8 : Abandon	3,6481	566	1,23538
SP-9 : Attachement	4,1883	566	0,99989
SP-10 : vulnérabilité	2,9195	566	1,21881
SP-11 : Dépendance	2,7656	566	1,0335
SP-12 : Inhibition émotionnelle	3,4974	566	0,90482
SP-13 : Peur de perdre le contrôle	3,8353	566	1,35332

Nous avons fait une comparaison entre la moyenne du schéma « Attachement » et les moyennes des autres schémas, et nous avons relevé que la différence était significative entre la moyenne de ce schéma et toutes les autres moyennes ($p < 0,05$) à l'exception de la différence avec la moyenne du schéma « Inhibition émotionnelle » ($ddl=565$; $F=1,356$; $p=0,114$) et du schéma « sens moral implacable » ($ddl=565$; $F=1,069$; $p=0,374$) dont la différence n'était pas significative.

Tableau 29 : Comparaison de la moyenne du schéma « Attachement » aux autres schémas précoces

	Moyenne	N	ddl	F	Sig.
SPI-1 : Incompétence	3,2362	566	565	2,888	,000
SPI-2 : Carence affective	3,2446	566	565	1,660	,022
SP-3 : Isolement	2,469	566	565	1,999	,003
SP-4 : Autocontrôle insuffisant	3,5971	566	565	3,244	,000
SP-5 : Méfiance	3,7567	566	565	2,289	,000
SP-6 : Sacrifice de soi	3,8622	566	565	2,157	,001
SP-7 : Sens moral implacable	4,4128	566	565	1,069	,374
SP-8 : Abandon	3,6481	566	565	8,255	,000
SP-10 : Vulnérabilité	2,9195	566	565	3,213	,000
SP-11 : Dépendance	2,7656	566	565	4,059	,000
SP-12 : Inhibition émotionnelle	3,4974	566	565	1,356	,114
SP-13 : Peur de perdre le contrôle	3,8353	566	565	1,708	,017

Quant à la comparaison de moyennes entre le schéma « sens moral implacable » et les moyennes des autres schémas, nous avons relevé que la différence de moyennes n'était significative que pour le schéma « méfiance » (ddl=565 ; F=2,204 ; P=0,001) et pour le schéma « vulnérabilité » (ddl=565 ; F= 2,103 ; P=0,001).

Tableau 30 : Comparaison de la moyenne du schéma « sens moral implacable » aux autres schémas précoces

	Moyenne	N	ddl	F	Sig.
SPI-1 : Incompétence	3,2362	566	565	1,486	,056
SPI-2 : Carence affective	3,2446	566	565	,997	,470
SP-3 : Isolement	2,469	566	565	1,491	,055
SP-4 : Autocontrôle insuffisant	3,5971	566	565	,920	,584
SP-5 : Méfiance	3,7567	566	565	2,204	,001
SP-6 : Sacrifice de soi	3,8622	566	565	1,351	,113
SP-8 : Abandon	3,6481	566	565	1,357	,110
SP-9 : Attachement	4,1883	566	565	1,182	,243
SP-10 : vulnérabilité	2,9195	566	565	2,103	,001
SP-11 : Dépendance	2,7656	566	565	,791	,766
SP-12 : Inhibition émotionnelle	3,4974	566	565	1,127	,302
SP-13 : Peur de perdre le contrôle	3,8353	566	565	1,170	,255

I.2. Comparaison des moyennes en fonction du genre des élèves :

Le tableau 31 représente les résultats de la comparaison des moyennes des schémas précoces selon le sexe des élèves, et montre que pour 9 des schémas, la différence des moyennes est significative entre filles et garçons, et pour tous ces schémas les moyennes des filles est supérieure à celle des garçons.

Les schémas en question sont : Incompétence ($t=5,542$; $p= 0,000$) ; Carence affective ($t=3,365$; $p=0,001$) ; Isolement ($t=4,163$; $p=0,000$) ; Sacrifice de soi ($t=4,500$; $p=0,000$) ; Abandon ($t=7,085$; $p=0,000$) ; Attachement ($t=5,117$; $p=0,000$) ; vulnérabilité ($t=2,836$; $p=0,005$) ; Dépendance ($t=4,983$; $p=0,000$) et Inhibition émotionnelle ($t=2,793$; $p=0,005$).

Cependant, la différence des moyennes des schémas n'est pas significative pour les 4 schémas restants à savoir : Autocontrôle insuffisant, méfiance, sens moral implacable et peur de perdre le contrôle ($p>0,05$).

Tableau 31 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du genre

	N		Moyenne		t	ddl	Sig. (bilatéral)
	Fille	Garçon	Fille	Garçon			
SPI-1 : Incompétence	285	281	3,50	2,96	5,54	558,91	0,000
SPI-2 : Carence affective	285	281	3,39	3,10	3,37	564,00	0,001
SP-3 : Isolement	285	281	2,67	2,27	4,16	559,61	0,000
SP-4 : Autocontrôle insuffisant	285	281	3,66	3,53	1,74	564,00	0,083
SP-5 : Méfiance	285	281	3,80	3,71	0,89	560,65	0,375
SP-6 : Sacrifice de soi	285	281	4,04	3,68	4,50	564,00	0,000
SP-7 : Sens moral implacable	285	281	4,42	4,40	0,27	559,49	0,788
SP-8 : Abandon	285	281	4,00	3,29	7,09	563,41	0,000
SP-9 : Attachement	285	281	4,40	3,98	5,12	553,83	0,000
SP-10 : Vulnérabilité	285	281	3,06	2,77	2,84	558,72	0,005
SP-11 : Dépendance	285	281	2,98	2,55	4,98	564,00	0,000
SP-12 : Inhibition émotionnelle	285	281	3,60	3,39	2,79	564,00	0,005
SP-13 : Peur de perdre le contrôle	285	281	3,78	3,89	-0,95	564,00	0,344

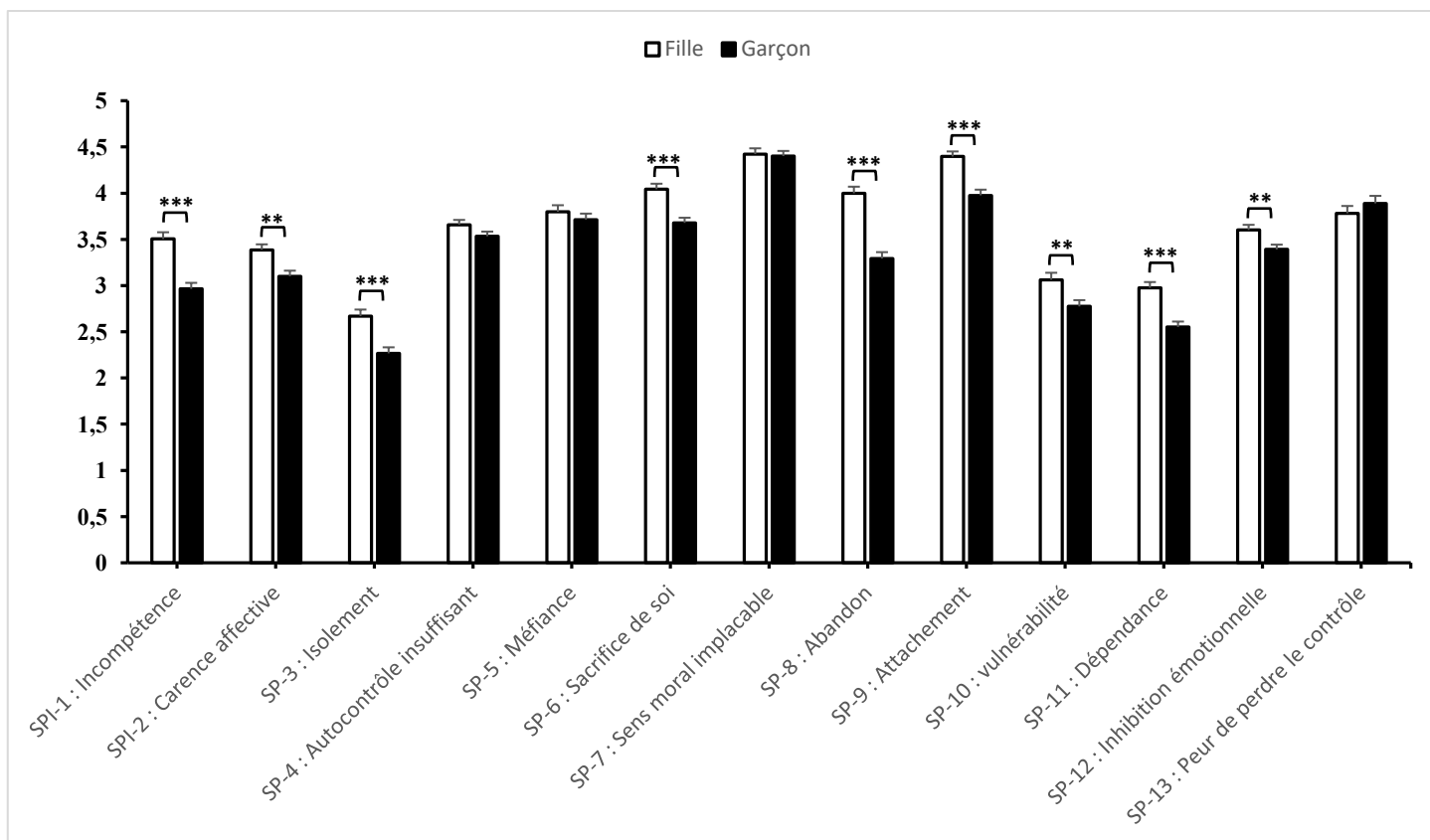


Figure 47 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du genre

I.3. Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du niveau scolaire :

Quelques moyennes des schémas précoces peuvent varier en fonction des trois niveaux du cycle secondaire (Tronc commun, première année du Baccalauréat et la deuxième année du Baccalauréat). Le tableau suivant résume les résultats obtenus :

Tableau 32 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du niveau scolaire

	N			Moyenne			ddl	F	Sig.
	TC	1BAC	2BAC	TC	1BAC	2BAC			
SPI-1 : Incompétence	261	153	152	3,13	3,45	3,21	565	3,49	0,03
SPI-2 : Carence affective	261	153	152	3,21	3,19	3,36	565	1,33	0,27
SP-3 : Isolement	261	153	152	2,37	2,53	2,58	565	1,90	0,15
SP-4 : Autocontrôle insuffisant	261	153	152	3,41	3,83	3,69	565	13,33	0,00
SP-5 : Méfiance	261	153	152	3,58	4,02	3,81	565	7,65	0,00
SP-6 : Sacrifice de soi	261	153	152	3,80	3,90	3,92	565	0,87	0,42
SP-7 : Sens moral implacable	261	153	152	4,49	4,39	4,30	565	1,92	0,15
SP-8 : Abandon	261	153	152	3,56	3,95	3,49	565	6,72	0,00
SP-9 : Attachement	261	153	152	4,24	4,38	3,91	565	9,02	0,00
SP-10 : vulnérabilité	261	153	152	2,88	3,01	2,90	565	0,56	0,57
SP-11 : Dépendance	261	153	152	2,72	2,93	2,68	565	2,80	0,06
SP-12 : Inhibition émotionnelle	261	153	152	3,43	3,58	3,54	565	1,63	0,20
SP-13 : Peur de perdre le contrôle	261	153	152	3,72	4,07	3,80	565	3,35	0,04

En se référant aux deux schémas qui avaient la moyenne la plus élevée à savoir « sens moral implacable » et « attachement », nous remarquons que la différence de moyennes en fonction des niveaux scolaires était significative pour le schéma « attachement », ainsi, la moyenne du schéma chez les tronc communs est élevée par rapport à celle des élèves du 2^{ème} bac ($p=0,008$), et la moyenne chez les élèves de la 1^{ere} année du bac est aussi élevée que celle des élèves du 2^{ème} bac (0,000). Mais pour « sens moral implacable » aucune significativité pour la différence de moyennes n'a été relevée.

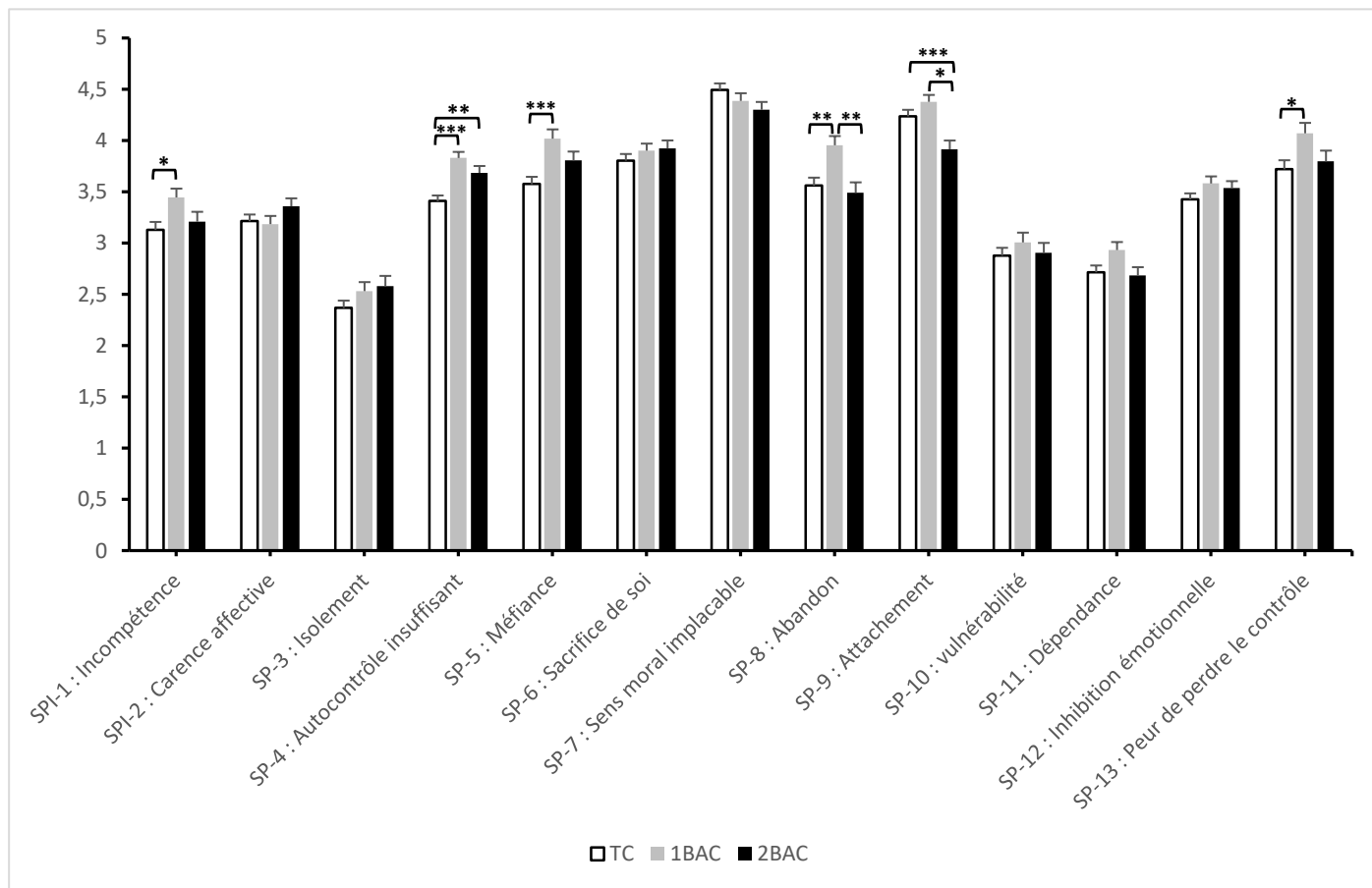


Figure 48 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du niveau scolaire

I.4. Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction de la performance scolaire

Les résultats de la Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction de la performance scolaire sont résumés dans le tableau 33.

Concernant les résultats de comparaison des moyennes des deux schémas les plus répandus, au sein de l'échantillon étudié, on note une différence significative entre les élèves de performance basse et ceux ayant une performance scolaire élevée en ce qui concerne le schéma « sens moral implacable » ($p=0,023$). La différence de moyenne est aussi significative pour le schéma « attachement » et cela entre les élèves de basse performance scolaire et ceux de haute performance scolaire ($p=0,000$) d'une part, et d'autre part entre les élèves de basse performance scolaire et ceux ayant une performance moyenne ($p=0,002$).

Les différents résultats sont illustrés dans la figure 49.

Tableau 33 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction de la performance scolaire

	N			Moyenne			ddl	F	Sig.
	H	M	B	H	M	B			
SPI-1 : Incompétence	102	388	72	2,68	3,32	3,53	14,91	14,91	0,00
SPI-2 : Carence affective	102	388	72	3,05	3,25	3,46	3,38	3,38	0,04
SP-3 : Isolement	102	388	72	2,40	2,48	2,50	0,25	0,25	0,78
SP-4 : Autocontrôle insuffisant	102	388	72	3,35	3,63	3,76	5,91	5,91	0,00
SP-5 : Méfiance	102	388	72	3,72	3,80	3,57	1,35	1,35	0,26
SP-6 : Sacrifice de soi	102	388	72	3,73	3,90	3,85	1,19	1,19	0,30
SP-7 : Sens moral implacable	102	388	72	4,64	4,40	4,21	4,46	4,46	0,01
SP-8 : Abandon	102	388	72	3,37	3,70	3,76	3,21	3,21	0,04
SP-9 : Attachement	102	388	72	3,93	4,18	4,61	10,02	10,02	0,00
SP-10 : vulnérabilité	102	388	72	2,68	2,97	2,96	2,34	2,34	0,10
SP-11 : Dépendance	102	388	72	2,53	2,81	2,87	3,32	3,32	0,04
SP-12 : Inhibition émotionnelle	102	388	72	3,43	3,52	3,47	0,42	0,42	0,66
SP-13 : Peur de perdre le contrôle	102	388	72	3,76	3,86	3,82	0,21	0,21	0,81

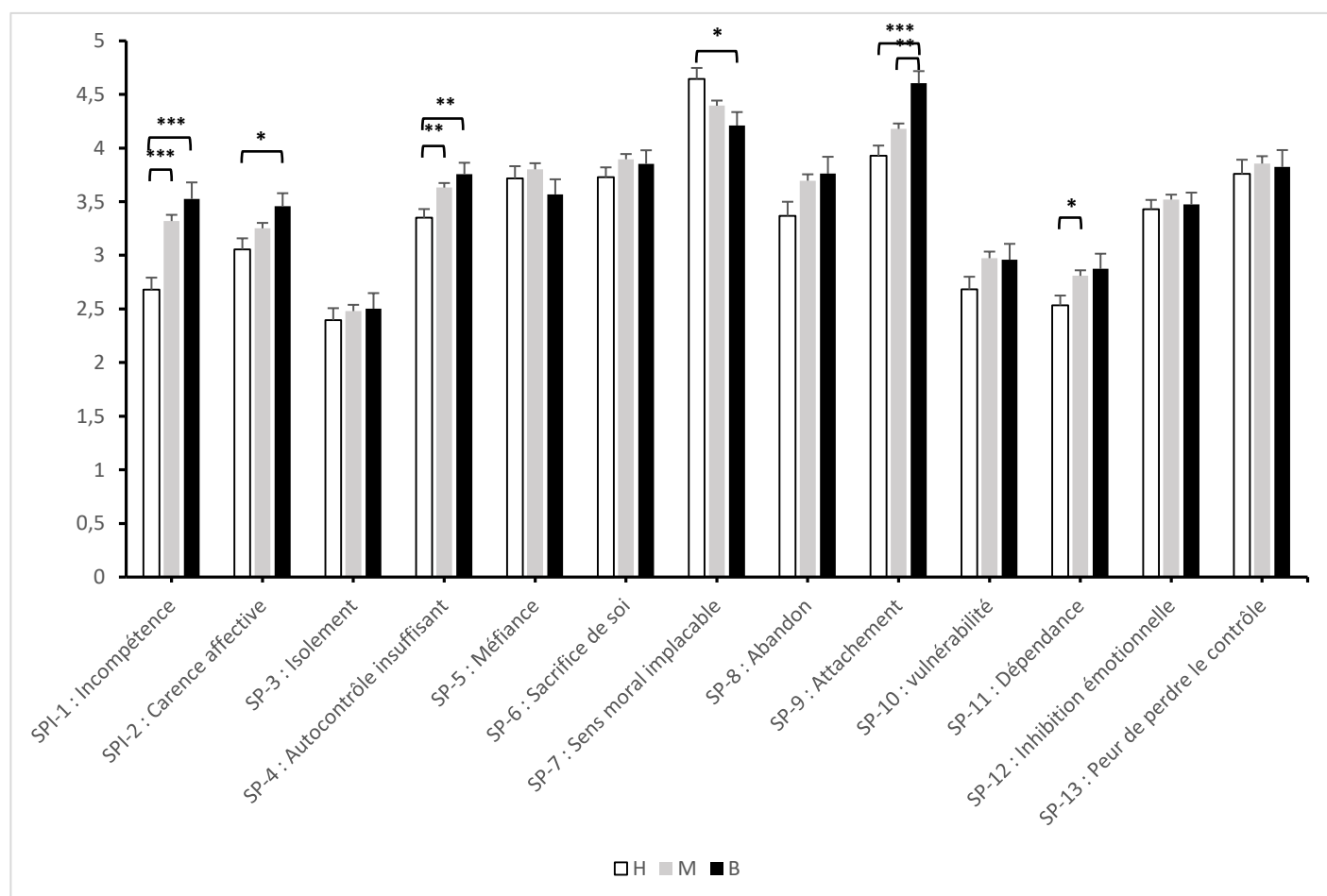


Figure 49 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction de la performance scolaire

I.5. Corrélation des moyennes des schémas précoces avec l'âge :

L'étude de la corrélation entre les schémas précoces et l'âge montre que plusieurs schémas corrélaient significativement avec l'âge comme c'est montré dans le tableau 34. Cependant, les deux schémas les plus activés, à savoir « sens moral implacable » et « attachement » ne sont pas corrélés à l'âge ($p > 0,05$).

Tableau 34 : Corrélation entre schémas précoces et âge

	Age		
	N	Corrélation de Pearson	Sig. (bilatérale)
SPI-1 : Incompétence	566	,076	,069
SPI-2 : Carence affective	566	,107	,011
SP-3 : Isolement	566	,089	,034
SP-4 : Autocontrôle insuffisant	566	,119**	,005
SP-5 : Méfiance	566	-,124**	,003
SP-6 : Sacrifice de soi	566	,076	,072
SP-7 : Sens moral implacable	566	,027	,528
SP-8 : Abandon	566	,013	,754
SP-9 : Attachement	566	,009	,830
SP-10 : vulnérabilité	566	,023	,582
SP-11 : Dépendance	566	,022	,596
SP-12 : Inhibition émotionnelle	566	,077	,067
SP-13 : Peur de perdre le contrôle	566	,121**	,004

I.6. Corrélation avec l'anxiété

Le schéma « sens moral implacable » et celui de « Inhibition émotionnelle » sont les deux schémas qui ne corrélaient pas avec le score d'anxiété. Cependant, les autres schémas ont une corrélation significative avec le score d'anxiété enregistré chez ces élèves, et parmi eux le schéma « attachement » qui montre que plus l'anxiété augmente plus le schéma est activé et vis versa ($p = 0,000$) (tableau 35).

Tableau 35 : Corrélation entre schéma précoces et anxiété

	La somme de l'anxiété		
	N	Corrélation de Pearson	Sig. (bilatérale)
SPI-1 : Incompétence	408	,332**	0,000
SPI-2 : Carence affective	408	,256**	0,000
SP-3 : Isolement	408	,292**	0,000
SP-4 : Autocontrôle insuffisant	408	,245**	0,000
SP-5 : Méfiance	408	,192**	0,000
SP-6 : Sacrifice de soi	408	,140**	0,005
SP-7 : Sens moral implacable	408	,029	0,554
SP-8 : Abandon	408	,301**	0,000
SP-9 : Attachement	408	,175**	0,000
SP-10 : vulnérabilité	408	,187**	0,000
SP-11 : Dépendance	408	,334**	0,000
SP-12 : Inhibition émotionnelle	408	,090	0,068
SP-13 : Peur de perdre le contrôle	408	,144**	0,004

Chapitre 4 :

Discussion

L'adolescence est la période critique de croissance et de développement, en plus d'être le moment où s'adoptent des habitudes de vie pour l'avenir et où s'établissent des habitudes alimentaires à long terme. C'est aussi, pendant cette période que la prévalence des troubles mentaux augmente de façon significative (Fonbonne, 1998 ; Gould et Kramer, 2001), ce qui pourrait altérer la vie des adolescents, notamment en tant qu'élève, ceci peut représenter des conséquences négatives sur les générations à venir.

Dans ce contexte, le présent travail, qui s'inscrit dans le cadre des enquêtes par questionnaires, visant les lycéens de la région de Béni Mellal, propose de décrire quelques habitudes de vie, notamment les habitudes alimentaires, de même que la détermination de la prévalence de quelques indices de santé mentale et l'identification des schémas précoces inadaptés, au sein des lycéens de cette région du Maroc. Ces investigations sont étudiées en relation avec la performance scolaire pour relever leur probable incidence sur la réussite scolaire.

Habitudes de vie :

Dans le but de déterminer le profil alimentaire des élèves de la région, notre étude visait l'aspect qualitatif plutôt que quantitatif. Cette stratégie permet de prendre en compte la complexité des apports alimentaires, alors que l'approche consistant à étudier le rôle de l'alimentation en lien avec la santé en considérant un seul nutriment ou aliment présente de nombreuses limites. En effet, cette approche ne prend pas en compte les interactions complexes et les effets synergiques entre aliments et nutriments qu'ils contiennent.

Ainsi, il s'est avéré que les élèves de la région ont un profil alimentaire qui se caractérise par une consommation prioritaire de fruits et de légumes, bien que les légumes représentent, au sein de ce groupe d'aliments, la portion principale, cela est en concordance avec le statut socio-économique, culturel et environnemental de la région. En effet, la région est caractérisée par la dominance du secteur agricole, par conséquent, l'offre alimentaire en matière d'aliments végétaux surcroît et est de bon marché ce qui facilite l'accès à ces aliments par les habitants de la région.

La dominance de ce groupe d'aliments est généralement signe du modèle nutritionnel des pays non développés et qui se caractérise par un apport élevé de fibres alimentaires, un apport protéique, essentiellement d'origine végétale, plus ou moins faible, un apport glucidique élevé essentiellement sous forme de sucres complexes et une faible part des produits animaux dans la composition de la ration (Hercberg et al., 1982).

L'étude a révélé qu'un nombre important des élèves qui y ont participé, sont issus de familles à faible revenu, et par la suite, cette consommation de fruits et légumes concorde bien avec l'étude de Roos et al (2001) qui ont observé dans certains pays méditerranéens et de l'Europe une plus forte consommation de fruits et légumes pour les personnes de faible statut socioéconomique.

L'explication du choix de ce groupe d'aliment ne peut pas se limiter au revenu seul, mais sur le niveau d'instruction aussi. Ainsi, c'est vrai que ce choix pourrait s'expliquer par le fait que les foyers à hauts revenus ont accès non seulement à des aliments de meilleure qualité nutritionnelle, mais aussi à une plus grande quantité d'informations sur la santé et la nutrition (Féart C. et al., 2009), et par conséquent le choix alimentaire va inclure des préoccupations de santé, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. En second rang des habitudes alimentaires, sur

l'échelle de consommation des élèves de la région, nous trouvons le groupe du pain et de produits céréaliers, ce qui est dans la lignée des spécificités sociéto-culinaires de la région. Dans ce sens, la plupart des repas sont servis dans un même plat pour tout le monde et l'accompagnement par le pain est de rigueur. A noter aussi la consommation de quelques produits céréaliers (ex : les pâtes, vermicelles...) principalement lors du dîner.

Ce profil alimentaire correspond généralement au modèle méditerranéen qui est essentiellement végétarien, qui se caractérise par une tradition céréalière, fruitière et légumière, aliments complétés par des légumineuses et des poissons avec richesse en huiles végétales. Ainsi, les deux profils d'habitudes alimentaires sont presque similaires excepté la consommation restreinte des produits halieutiques. C'est le résultat d'une part des traditions culinaires qui n'utilisaient les poissons et dérivés que rarement, et d'autre part, à cause des coûts élevés de ces produits pour les faibles revenus.

Bien que l'approche utilisée ici pour l'analyse du profil alimentaire, soit surtout qualitative, il apparaît qu'il est bénéfique pour ces élèves, de point de vue santé, puisque nous n'avons pas relevé de maladies organiques notables. En effet, plusieurs études supportent le fait que la consommation quotidienne des fruits et légumes pourrait participer à la prévention des principales maladies chroniques grâce à leur richesse en nutriments voire en d'autres composés biologiquement actifs, comparativement à leur très faible apport calorique (Ledoux et al., 2001). En plus, plusieurs travaux scientifiques suggèrent que les régimes alimentaires ayant un effet protecteur contre le cancer et les maladies cardiovasculaires sont principalement composés d'aliments d'origine végétale (World Cancer Research Fund, 2007).

La consommation des fruits et de légumes peut aussi réduire le risque à long terme de l'obésité et du gain de poids (He K1 et al., 2004). Dans cette optique, il s'est avéré que la prévalence du surpoids et de l'obésité au sein de notre population est moins élevée (4,4%) par rapport à d'autres régions du Maroc qui est estimée à 7,72% de surpoids et à 1,25% d'obésité chez les filles et à 3,21% de surpoids et à 0,31% d'obésité chez les garçons. Dans une étude réalisée en 2014-2015 menée sur 320 adolescents scolarisés à Taza (Lamri, 2016 ; cité dans Kaoutar et Abdelhay, 2017), et pour les adolescents âgés de 13 à 15 ans avec 14.6 % et 2.8% de surpoids et d'obésité respectivement selon l'Enquête sur la Santé des Elèves en Milieu Scolaire au Maroc (GSHS, 2010).

La contribution donc, d'une alimentation riche en fruits et en légumes, à la réduction du risque de surpoids et d'obésité est due au fait qu'elle favorise, par leur contenu riche en fibres et en eau, une sensation de satiété responsable d'une réduction de l'apport énergétique.

En ce qui concerne le nombre optimal de repas qu'on doit consommer par jour, il varie selon les auteurs. Pour certains, ils insistent sur le fait de manger moins souvent et de prendre de plus gros repas (2 à 3 fois par jour) pour diminuer la tolérance au glucose et faire augmenter le poids. Par contre, d'autres études n'ont pas confirmé ces résultats. Et il semble donc que le fait de prendre plusieurs repas par jour n'exerce aucun effet bénéfique sur le métabolisme (Badsevant A. et al., 2001). Ainsi, dans notre étude, la plupart des élèves prennent quatre repas par jour, ce qui correspond bien aux fondamentaux du modèle alimentaire français constitué quotidiennement de trois repas et d'un goûter. En effet, en France, on recommande la structuration des prises alimentaires autour de trois repas quotidiens à savoir le petit déjeuner,

le déjeuner et le dîner, auxquels s'ajoute le goûter pour les enfants et les adolescents (PNNS, 2002). Il apparaît que le goûter (entre le déjeuner et le dîner), aurait des effets bénéfiques sur la santé des adolescents scolarisés, puisque, d'une part, son moment de prise est adéquat pour interrompre le jeun depuis le déjeuner jusqu'au dîner. D'autre part, un nombre important de lycéens de cette région suivent des cours supplémentaires le soir, et vu qu'ils épuisent une grande partie de l'énergie issu du déjeuner dans les séances de cours de l'après midi, ils auront besoin donc de ressources énergétiques leur permettant de suivre les cours du soir, et en même temps limiter quelques mauvaises habitudes comme le grignotage.

D'une autre part, nous avons relevé que les lycéens ayant participé à l'étude présentent des habitudes pouvant être qualifié de " mauvaises " par exemple le saut du petit déjeuner où on a soulevé un pourcentage élevé d'élèves qui ne le prennent pas. Ce constat a été également relevé en France où le petit déjeuner est de plus en plus délaissé (CREDOC, 2013). Cette habitude pourrait avoir des conséquences sur les comportements des écoliers (fatigue, concentration, participation en classe...) et sur leur santé (Malaises, hypoglycémie, maux de tête...), pouvant mener in fine à un effet négatif sur le rendement scolaire même. Ce constat est en concordance avec les résultats d'une recherche menée par des chercheurs de l'université de Leeds (Royaume-Uni) et qui ont démontré en reprenant plusieurs études que la prise régulière d'un petit-déjeuner équilibré et la capacité à être attentif en classe étaient positivement liées (Adolphus K. et al., 2013). De même, des chercheurs américains ont montré que la consommation d'un petit déjeuner diminue la sensation de faim au cours de la matinée, ce qui affecte le sentiment de bien-être (Cooper S.B. et al., 2011).

Les raisons de ce saut du petit déjeuner peuvent être dues aux facteurs intrinsèques même liés à l'élève (couche-tard et donc lève-tard, manque d'appétit...), ou au contexte familial et au milieu socio-économique défavorable. Ainsi, Un endormissement de plus en plus tardif : l'omniprésence d'activités stimulantes (Télévision, internet, téléphone portable) dans l'heure qui précède le coucher est notamment à l'origine d'une augmentation de la dette de sommeil des jeunes adultes et en conséquence : les réveils sont plus difficiles, le temps dédié au petit-déjeuner est raccourci, voire supprimé (INPES, 2008). De plus, il paraît qu'un certain nombre d'enfants ne prennent pas de petit-déjeuner pour des raisons économiques car selon une enquête française de l'Association de la fondation étudiante pour la ville (AFEV) en 2014, 13% des enfants des quartiers de l'éducation prioritaire ne prennent jamais de petit-déjeuner le matin avant de partir à l'école.

A cette " mauvaise habitude " s'ajoutent d'autres comme l'ajout du sel, or, ce dernier est l'un des aliments dont il faut limiter la consommation (PNNS, 2002), pour prévenir beaucoup de répercussions sur la santé par la suite, surtout les maladies cardiovasculaires.

L'une des habitudes "non saines" qui s'installe de plus en plus au sein des habitudes alimentaires de cette population d'étude est la consommation des repas de type fast-food. Ainsi les consommateurs de ce type de repas ont été estimés à plus de 70%, cette nouvelle tendance marque le début d'une transition nutritionnelle qui caractérise de nombreux pays en transition économique. Cette habitude pourrait avoir des conséquences négatives sur la santé des élèves puisque les repas pris en dehors du foyer se caractérisent souvent par une

alimentation grasse et pauvre en fibres, des boissons sucrées et des portions importantes ce qui mène au non respect de l'ensemble des apports nutritionnels conseillés.

Cette tendance des nouvelles habitudes "non saines" qui s'installe petit à petit dans cette région est le résultat de l'ouverture sur d'autres cultures et mode de vie, à la mondialisation et au statut économique qui s'améliore progressivement. Autre répercussion, l'inactivité physique qui prend de l'importance puisque le temps consacré à la télévision, à l'ordinateur et au téléphone portable devient de plus en plus important. En effet, la durée passée devant un écran est devenu l'indicateur de sédentarité le plus utilisé (Dietz, 1996).

Dans ce sens, nous avons estimé que le pourcentage était de 38,3% des élèves qui dépassent 2h/j de consultation de leur téléphone portable, alors que pour la télévision et l'ordinateur, il apparaît que la plupart des élèves les utilisent moins de 2h/j (74% et 76,3% respectivement). Ces résultats sont moins élevés que ceux obtenus en France, où on a eu 91,5% des adolescents qui passent plus de deux heures par jour devant un écran, et la part de la télévision était importante puisqu'on a enregistré 61% des adolescents qui la regardent plus de 2h/j (HBSC, 2010). Le temps passé devant un écran par les lycéens de cette région est aussi moins important que celui obtenu à Kénitra dans une étude de HAMRANI en 2012 et qui a relevé que plus de 45% des adolescents consacrent plus de 2h/j à la télévision et plus de 38% à l'ordinateur.

Ces résultats montrent qu'un comportement sédentaire peut prendre une place importante dans l'avenir, avec tous les risques sur la santé qui en découlent. En effet, l'organisation mondiale de la santé pointe du doigt l'alimentation inadéquate et l'inactivité physique comme les principales causes des maladies chroniques. A ces facteurs, s'ajoute le tabagisme, et bien que notre étude n'a pas pu soulever le nombre de consommateurs de cigarettes parmi les élèves, principalement à cause de la proximité entre enquêteurs et enquêtés (enseignants et élèves), ce qui a été finalement un frein au bon déroulement du recueil, il apparaît que le nombre de fumeurs passifs parmi ces élèves, qui est de plus de 75% reste un chiffre alarmant.

Un autre facteur de sédentarité, à savoir le sommeil, indique que 18,8% des élèves consacrent moins de temps au sommeil (<6.9 h/jour) ce qui semble être un risque accru de surpoids et d'obésité (Al-Hazzaa et al., 2012), une autre recherche suggère aussi la présence d'une relation entre une durée courte du sommeil et l'obésité (Marshall et al., 2008). Cependant, 17,1% des élèves ont une période de sommeil plus longue (>9h/j). Ces résultats ne diffèrent pas beaucoup de ce qui a été obtenu à Kénitra, où on a relevé 15% et 25% des adolescents ayant une durée courte et une durée longue de sommeil respectivement.

De point de vue activité physique, il apparaît que les élèves de la région de Béni Mellal ne souffrent pas de la sédentarité, puisque le sport scolaire joue un rôle important dans cette activité, ainsi, 98,5% des participants pratiquent du sport au lycée à raison de deux heures par semaine, sans différence significative entre les filles et les garçons. A ce nombre s'ajoute 74% des élèves qui pratiquent du sport extrascolaire, cette fois la différence est significative en faveur des garçons, et elle est due surtout aux sports extrascolaires pratiqués par les garçons à savoir le football, le footing..... Les filles ne peuvent malheureusement, vu que la région est en général socio-culturellement à prédominance masculine, pas s'inscrire dans la logique de

cette pratique. Ce n'est que dans les villes de la région (Béni Mellal..) où un nombre de filles, bien que minime, fréquente les clubs ou salles de sport.

Bien que nous n'avons pas évalué l'intensité de l'activité physique dans cette étude, il est à souligner que la part de l'activité physique modérée à soutenue est importante pour la santé, de ce fait, les activités d'intensité soutenue, notamment celles qui renforcent le système musculaire et l'état osseux, doivent être incorporées au moins 3 fois/semaine. Pour ce faire, les enfants et les jeunes gens de 5 à 17 ans doivent accumuler au moins 60 minutes/jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue (OMS, 2010).

A l'opposé, selon Patrick et al., (2004), l'activité physique intense insuffisante pourrait être un facteur de risque pour un IMC élevé chez les adolescents (garçons et filles) .

Santé mentale :

Dans notre étude, et pour évaluer la prévalence de la dépression, nous avons utilisé l'Inventaire de la dépression de BECK, les résultats obtenus ont montré que près d'un tiers des élèves sondés manifestent des symptômes de dépression d'intensité clinique. Ce résultat se rapproche des résultats des travaux de Lévesque et Marcotte (2005) qui ont diagnostiqué sur un échantillon comprenant 373 adolescents québécois âgés entre 12 et 17 ans et ayant complété l'Inventaire de la dépression de Beck un taux de 23% qui présentent des symptômes de dépression d'intensité clinique.

De même, plusieurs études (Kessler et Walters, 1998 ; Klerman, 1988 ; Klerman et Weissman, 1989 ; Paunesku, Ellis, Kuwabara, Gollan, Gladstone, Reinecke et Von Voorkees, cités dans Zakari et al., 2011) rapportent une estimation de l'ordre de 24% d'adolescents dépressifs (élèves de moins de 24 ans).

Cependant, les pourcentages rapportés sus pourraient être qualifiés d'élevés au vu des résultats des travaux de Marcotte et al. (1999) ayant effectué une étude auprès de 306 adolescents québécois âgés entre 14 et 17 ans, et qui ont rapporté une proportion de 16,7% d'adolescents dépressifs de niveau clinique.

Le genre constitue une variable directement associée à la dépression, durant l'adolescence, et c'est ce qui s'est vérifié dans cette étude, en obtenant des scores plus élevés chez les filles avec une moyenne de score de dépression de 19,52 contre 12,66 pour les garçons. Plusieurs études soutiennent ces résultats. Ainsi, au cours de l'enfance, la proportion de garçons présentant des symptômes de dépression est similaire ou supérieure à celle des filles. Cependant, ces dernières deviennent plus dépressives à l'adolescence que leurs pairs masculins dans un ratio de deux filles pour un garçon (Bennett et al., 2005; Bond et al., 2005; Cicchetti et Toth, 1998; Compas, Ey et Grant, 1993; Fleming et Orford, 1990; Hankin et Abramson, 2001; Kessler et al., 1994; Lewinsohn et al., 1994; Nolen-Hoeksema et Girgus, 1994; Wichstrom, 1999). Plusieurs interprétations ont été avancées afin d'expliquer le fait que les adolescentes manifestent davantage de dépression que les adolescents, une première explication est que les filles seraient plus ouvertes à leur expérience dépressive que les garçons. Ces derniers perçoivent la dépression comme une faiblesse émotionnelle et manifestent leurs symptômes par des plaintes somatiques, des difficultés reliées au travail scolaire, l'abus d'alcool et de drogues (Hammen, 1998), des troubles comportementaux et la délinquance (Marcotte et al., 2002). D'autre part, les adolescentes seraient exposées à davantage d'agents stressants que les adolescents (Allgood-Merten et al., 1990), par ailleurs,

les filles assument la plupart du temps, quotidiennement, une double charge à savoir l'activité scolaire et les charges familiales. Ce cumul aurait une incidence sur l'équilibre et la santé des filles. Dans ce contexte, le fait que les adolescentes prennent soin des personnes significatives pour elles et s'impliquent dans leurs problèmes augmente leur vulnérabilité à la dépression (Gore et al., 1993). Une autre explication est liée à l'instrument de mesure servant à évaluer la dépression, qui dépend de l'honnêteté du répondant à rapporter ses symptômes, et qui avance que les adolescentes sont plus susceptibles d'endosser des items traduisant l'expérience dépressive que les adolescents (Byrne et al., 1993).

Les résultats de notre étude ont aussi montré que la dépression est un prédicteur des idées et des tentatives de suicide. Ceci concorde bien avec les résultats de Wild et al., (2004) qui ont mené une étude auprès de lycéens sud africains, et ont démontré que parmi d'autres facteurs tels que six différentes dimensions de l'estime de soi, la dépression tient la part de variance la plus importante par rapport aux tentatives de suicide et aux idéations suicidaires ou encore l'étude de Juon et al. qui ont démontré en 1994, dans une étude coréenne réalisée auprès de 9000 lycéens, que la dépression est le plus fort facteur prédicteur des comportements suicidaires.

En ce qui concerne l'anxiété, il paraît que le taux obtenu (37%) pour l'anxiété extrême, est largement supérieur aux résultats obtenus dans d'autres travaux dans différents pays. A titre d'exemple, Costello et ses collègues (2011) rapportent un taux de prévalence moyen, estimé à partir d'une méta-analyse de 26 études, de 11 %, chez des adolescents (13 à 18 ans) ou encore une étude épidémiologique de Kessler et al. (2012) réalisée auprès d'adolescents (13 à 17 ans) qui a révélé un taux de prévalence générale de l'anxiété sur 12 mois, de 24,9 %.

D'après notre étude, l'anxiété touche plus les filles que les garçons, cela semble être en accord avec d'autres études qui estiment que les différents troubles anxieux semblent affecter plus de filles que de garçons (Bergeron *et al.*, 2007; Dumas, 2007).

De point de vue performance, nous n'avons pas trouvé de relation significative avec l'anxiété. C'est le cas qui coïncide avec les résultats d'une étude où l'anxiété était induite chez des hommes sans diagnostic psychiatrique, et qui a révélé que l'anxiété ne causait pas de déficit d'apprentissage verbal, de mémoire, de raisonnement logique, ni de mémoire de travail verbale ou visuelle (Hoffman et Al'Absi, 2004).

Cependant, plusieurs études soutiennent la contribution de l'anxiété à une baisse de la performance scolaire. Ainsi, Witteborg et al. ont montré dans leur étude en 2009, que les élèves anxieux rencontrent plusieurs difficultés dont des difficultés de rendement scolaire, un risque de décrochage scolaire des problèmes d'attention....

Dans ce cas, et vu que dans notre analyse, l'anxiété est corrélée significativement à d'autres troubles qui ont une influence sur la performance scolaire, on peut penser que l'anxiété peut altérer la performance de façon indirect. D'ailleurs, plusieurs études peuvent argumenter cette interprétation, à titre d'exemple, Kizilbash et al., ont montré en 2002 que la présence d'un trouble anxieux comorbide à une problématique dépressive entraîne une performance inférieure à celle d'individus souffrant de dépression majeure sans comorbidité.

La faible estime de soi est très marquante dans les résultats obtenus dans cette étude, en effet, 70,5% des élèves sont concernés, et ce pourcentage est un peu différent de celui obtenu dans une enquête sur la santé de la population au Canada menée en 1998-1999 et qui montre que 35,9 % des personnes de 12 à 14 ans considéreraient avoir une estime élevée d'elles-mêmes, comparativement à 41 % pour les personnes âgées de 15 à 19 ans (Statistiques Canada, 2002).

Ce faible estime de soi présente aux élèves un facteur de vulnérabilité pour plusieurs autres troubles. Dans ce sens, il s'est avéré dans cette étude que la faible estime de soi des élèves de cette région est corrélée au stress, à l'anxiété et à la dépression ce qui conforte les résultats d'une méta-analyse réalisée en 2013 par Sowislo et al. couvrant 77 études sur la dépression et 18 études sur l'anxiété et qui ont montré que la faible estime de soi était un facteur de vulnérabilité de la dépression et prédisait aussi l'anxiété. De façon similaire, Yao et al. , en 2014, rapportaient que la faible estime de soi était associée aux troubles anxieux, au syndrome dépressif, aux troubles du comportement alimentaire et aux addictions ou abus de toxiques.

La faible estime de soi est aussi corrélée à une faible performance scolaire, c'est le constat d'Annie (2009) qui a pu mettre en évidence une relation positive entre la variable estime de soi globale et les résultats des élèves en français.

D'autre part, ces analyses indiquent des scores inférieurs chez les filles, tant au niveau de l'estime de soi que de la perception des compétences et ce, comparativement aux scores obtenus chez les garçons, et c'est le cas de nos résultats aussi.

Nos résultats, affirmant une relation significative entre une faible estime de soi et idées suicidaires, viennent appuyer ceux obtenus dans une étude chinoise de Mars 2014 (Yao et al., 2014 , réalisée sur 5249 étudiants, de l'école primaire jusqu'au lycée) et qui a mis en évidence une association significative entre le risque de présenter des idées suicidaires et la faible estime de soi.

Dans ce même sens, plusieurs auteurs ont mis en évidence le fait que la faible estime de soi est un facteur de risque ou est associée aux comportements suicidaires chez les adolescents .(Yao et al.,2014 ; Martin et al.,2005 ; Park et al.,2006 ; Eskin et al.,2007 ; Mcgee et Williams ,2000)

De même, une étude australienne de 2005 menée par Martin et al. et incluant 2603 étudiants avec 3 mesures successives (aux âges de 13, 14 puis 15 ans) montrait que l'estime de soi, le rendement scolaire perçus et le locus de contrôle sont significativement associés à des comportements suicidaires.

Dans l'étude, l'analyse des troubles mentaux qui prédisent les tentatives de suicides a montré que la faible estime de soi et la dépression contribuent le plus aux tentatives de suicide parmi tous les facteurs étudiés, en plus de l'anxiété, pour que les trois indices prédisent ensemble les idées suicidaires.

L'ensemble de ces résultats pourraient plaider pour une spécificité de la période d'adolescence, caractérisée par des changements hormonaux de grande ampleur et donc causer des changements comportementaux. En effet, les maturations psychiques et cognitives de cette période sont intriquées à la maturité physique pubertaire. Ces transformations ont des implications importantes, sur le plan de la santé et de la construction de la personnalité de l'élève. Ainsi, l'adolescence constitue une période qui nécessite la mobilisation des capacités d'adaptation de l'adolescent qui serait animé par des mouvements plus ou moins simultanés et contradictoires, ce qui donne cet aspect parfois paradoxal et fluctuant du comportement de l'adolescent. Dans ce sens, et bien que peu de choses soient connues sur la relation entre la puberté et le développement neurologique chez les humains, des chercheurs ont suggéré que les hormones pubertaires puissent modifier la structure et la fonction du cerveau humain en développement (Blakemore SJ. et al.,2010).

Ainsi, Le cortex préfrontal, lieu de contrôle des fonctions exécutives, incluant la planification, la régulation émotionnelle, la prise de décision et la conscience de soi, est une des régions du cerveau qui subit le développement le plus prolongé chez les êtres humains. Il commence à se développer très tôt dans la vie et continue après l'adolescence (Giedd JN. Et al.,1999 ; Shaw P. et al.,2008). Ce développement cérébral pourrait expliquer l'amélioration régulière dans le contrôle de soi de l'enfance à l'âge adulte. Par contraste, le système limbique, qui gouverne le traitement de la récompense, l'appétit, la recherche du plaisir, se développe plus tôt dans l'adolescence que le cortex préfrontal (Casey BJ. Et al., 2008).

Par ailleurs, bien d'autres systèmes hormonaux existent en dehors des hormones sexuelles de la puberté. Par exemple les systèmes adrénrgiques et corticotropes jouent un rôle majeur dans les phénomènes d'adaptation de la réponse au stress.

En ce qui concerne le Burnout scolaire, nous avons utilisé deux questionnaires.

Nos résultats obtenus à partir du "school burnout inventory" (SBI) ont été comparés à ceux de l'étude de Meylan et al.,2012 menée en Suisse Romande et de Salmela-Aro et al.,2009 menées en Finlande et ceux de Zakari et al.,2008 en France.

D'après les résultats de notre étude la moyenne du score total du burnout scolaire qui est de 3,6 est supérieur à celui obtenu auprès des élèves en Suisse Romande (2,78) (Meylan et al.,2012) ainsi qu'aux élèves finlandais (2,41) (Salmela-Aro et al.,2009). Par conséquent, il apparaît que les élèves de la région de Béni Mellal sont beaucoup plus épuisés que ceux de la suisse ou de la finlande.

En ce qui concerne les résultats du cynisme le score obtenu de (3,2) reste élevé par rapport à ces deux régions d'Europe, dans lesquelles les scores du cynisme sont de l'ordre de 2,92 pour les élèves suisses romands et de l'ordre de 2,17 pour les élèves finlandais.

De point de vue niveau d'épuisement, d'après Zakari et al.,2008, 29% des élèves français sont épuisés, et selon Meylan et al., 2012, ce pourcentage est de 26,1% en suisse .ceci montre que les élèves de la région sont beaucoup plus épuisés puisque la valeur de 60,5% a été enregistrée. En plus, en se basant uniquement sur les élèves fortement épuisés, nous avons enregistré un taux de 40% contre 11,9% pour les élèves suisses et entre 10 et 15% pour les élèves finlandais.

Ces résultats auraient plusieurs causes, notamment en ce qui concerne le soutien perçu par les élèves que ce soit au niveau familial ou au niveau de l'établissement scolaire, ce soutien qu'on a jugé insuffisant dans cette étude. En effet, plusieurs études soutiennent l'impact positif du soutien social par rapport à la survenue du Burnout scolaire. Ainsi, Salmela-Aro et al. en 2008 ont confirmé que moins les adolescents sont motivés par leurs enseignants, plus le risque de souffrir de Burnout scolaire est élevé, d'autre part, plus la perception qu'ont les élèves du climat à l'école est négative et moins ils estiment recevoir de motivation positive et de soutien de la part de l'établissement et/ou des enseignants, plus le niveau de Burnout scolaire est élevé. Par contre, il semblerait qu'un bon climat scolaire ainsi qu'un sentiment d'auto-efficacité élevé soient associés à de faibles niveaux de Burnout scolaire » (Meylan et al., 2015b). En conclusion, il s'est avéré que le climat scolaire, les relations sociales dans le cadre de la classe et les moyens mis en œuvre pour guider les adolescents revêtent une importance capitale pour le bien-être et la santé des élèves à l'école (Konu et Rimpelä, 2002).

Notre étude a confirmé que les filles sont plus épuisées que les garçons en accord avec les résultats de Salmela-Aro, 2011 et Salmela-Aro et al., 2008. Ceci serait dû au fait que les filles sont plus sensibles mentalement et sont plus exposées aux situations stressantes que les garçons, ces derniers feraient preuve de comportements inadéquats ou souffriraient de symptômes extériorisés comme le cynisme par exemple, alors que les filles tendent plutôt à souffrir de symptômes intériorisés tels que la dépression et l'inadéquation. De plus, les filles auraient tendance à verbaliser leur état de stress plus facilement que leurs congénères masculins (Meylan N., 2016).

Il apparaît que les élèves de notre région présentent des symptômes d'épuisement plus élevés que les élèves de la plupart des régions européennes du moins ceux pour lesquelles des données sur le "Burnout" scolaire existent. Ceci interpelle sur l'efficacité du système scolaire marocain en comparaison avec les autres systèmes surtout dans les pays qui occupent les premières places dans les systèmes éducatifs internationaux.

L'influence du niveau scolaire dans la survenue du "Burnout" scolaire a été appuyée par plusieurs études, notamment, par Konu et al., 2002 qui ont démontré que si les attentes scolaires de l'élève sont en adéquation avec ses résultats scolaires, le risque de Burnout s'en trouve diminué, or, lorsqu'on est dans un niveau avec des programmes adéquats et qu'on a les ressources pour avoir de bons résultats, cela protège l'élève de l'épuisement.

Dans notre étude, et vu les spécificités du système scolaire marocain, les élèves du tronc commun, en général, n'ont pas d'examen de fin d'année, ce qui les rend moins stressés que les élèves de la première et deuxième année du Baccalauréat qui auront à passer un examen clôturant leur année scolaire. D'un autre côté, en comparant les élèves du tronc commun scientifique et littéraire, il est bien clair que les scientifiques sont ceux qui ont un niveau de performance élevé suite au système d'orientation marocain qui donne la priorité aux branches scientifiques. Par conséquent, ces élèves ne trouvent pas généralement de problèmes envers les programmes de l'année scolaire. Cependant, les élèves du tronc commun littéraire trouvent du mal à avoir des ressources pour réussir leur étude ce qui les rend plus vulnérable au Burnout scolaire.

D'autre part, La performance scolaire est également liée au syndrome du Burnout. Si l'élève a de bons résultats scolaires, ceci contribue fortement à être un facteur de protection, et inversement, si le niveau scolaire est faible, alors le risque de Burnout augmente (Law, 2007).

Dans le but de comparer les résultats du Burnout scolaire entre le début de l'année scolaire et sa fin, nous avons analysé les résultats du Burnout scolaire en moi d'octobre, lorsque la pression du travail scolaire est moins forte, et en moi de Mai où cette pression est de plus en plus importante. Cette comparaison a soulevé une petite différence des scores du Burnout entre le début de l'année et sa fin. Concernant le score total, on a eu une moyenne de 32,02 en Octobre et 32,45 en moi de Mai, et au niveau de la moyenne des scores des trois dimensions du "Burnout" scolaire, on a eu une moyenne de 3,5 au début de l'année scolaire et 3,6 à la fin de celle-ci, et par rapport au niveau d'épuisement, le pourcentage des élèves fortement épuisés était de 36,1% et 40% au début de l'année scolaire et à sa fin respectivement. Cette différence, même minime, aurait ces origines du stress que subissent les élèves dans les jours qui précèdent la fin de l'année scolaire, surtout dans la période d'avant les examens de la fin de l'année et les attentes des résultats de la réussite ou l'échec scolaire. Ainsi, une personne peut devenir chroniquement stressée au point d'en développer des maladies physiques et mentales dont le burnout (Lupien, 2010a). De même, et vu les disparités d'adaptation chez les élèves, le

Burnout scolaire ne serait pas uniquement le résultat de stress comme tel, mais plutôt de stress que l'individu n'arrive pas à gérer (Farber et Heifetz, 1982).

Pour rechercher d'éventuels facteurs contribuant au "Burnout" scolaire, nous avons exploré l'implication des élèves dans les heures supplémentaires en dehors des séances officielles programmées aux établissements publics. Ainsi, nous avons relevé que 25,7% des élèves suivent les heures supplémentaires pendant le premier semestre et ce chiffre peut augmenter jusqu'au seuil de 60% pendant le deuxième semestre. Malgré que ces cours supplémentaires apparaissent comme une sorte de soutien social qui peut minimiser le Burnout chez les élèves, la comparaison du score du Burnout scolaire entre les élèves qui suivent des heures supplémentaires ($33,39 \pm 6,9$) et ceux qui ne les suivent pas ($31,55 \pm 7,7$), a montré qu'il y a une différence significative entre les deux groupes ($t=2,186$; $ddl=378$; $p=0,029$), ceci veut dire que les élèves qui bénéficient des heures supplémentaires sont plus épuisés que les autres.

Ce constat interpelle l'utilité et l'efficacité de ces cours supplémentaires qui deviennent un facteur de risque pour le Burnout scolaire au lieu d'être un élément du soutien social qui doit jouer le rôle de protecteur contre l'épuisement scolaire.

L'une des particularités de cette étude est l'utilisation de deux questionnaires pour explorer le "Burnout" scolaire, en ce qui concerne l'utilisation du MBI (Maslach Burnout Inventory), elle a été faite parce qu'il a été considéré que l'élève devrait être traité comme travailleur, sa situation à l'école est similaire à celle d'un professionnel de point de vue effort et stress.

Les résultats obtenus ont montré que 46,3% des élèves de la région de Béni Mellal expriment un niveau élevé d'épuisement – physique, psychologique et émotionnel – qui tend à devenir chronique, face aux exigences de leur formation cela fait référence au sentiment d'épuisement que l'élève ressent face à la surcharge d'étude et à son manque de ressources pour s'en sortir.

43% des lycéens expriment une sorte de cynisme envers tout ce qui touche à l'école et qui se traduit par une attitude distante, désintéressée et détachée de l'élève face à son projet d'études. Ce qui peut s'exprimer par un manque même de sens à sa présence en classe. En fin, 60,8% des participants expriment un sentiment d'inadéquation en tant qu'élève qui fait référence à la sensation d'inefficacité, de non-performance et de manque d'accomplissement à l'égard de l'école en général (Meylan et al., 2015d).

En conclusion, le Burnout scolaire dans la région de Béni Mellal est un sérieux problème, puisque les résultats obtenus sont élevés, c'est ce que nous avons relevé en utilisant les deux questionnaires (Maslach Burnout inventory et School Burnout inventory), et même en utilisant le school Burnout inventory au début et à la fin de l'année scolaire. D'autre part, dans tous ces cas, nous avons relevé que les filles sont plus épuisées que les garçons et que le Burnout scolaire contribue à la baisse des performances scolaires et que le Burnout chez les élèves tronc commun est moins élevé que celui des élèves de la première année du baccalauréat et de la deuxième année du baccalauréat.

En ce qui concerne la prévalence des indices de santé mentale étudiés dans cette recherche, il s'est avéré que les taux obtenus sont, généralement, élevés. En effet, c'est ce que prévoyait l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2004) lorsqu'elle supposait une hausse des troubles neuropsychiatriques survenant pendant l'enfance à plus de 50 % au niveau mondial, vers l'an 2020. Ce constat rejoint celui d'études qui ont remarqué que la prévalence de quelques troubles comme la dépression et le suicide augmente de façon significative pendant l'adolescence (Fombonne, 1998; Gould et Kramer, 2001). Une autre enquête réalisée pour le compte de l'Association des psychiatres du Canada auprès de jeunes âgées de 13 à 18 ans, montre que 4 % révèlent avoir déjà fait une tentative de suicide, et 20 % sont confrontés personnellement ou sur le plan familial à un problème de santé mentale (APC, 1996).

D'autre part, nous avons remarqué que ces indices de santé mentale ayant fait l'objet d'étude sont corrélés significativement deux à deux. Ce sont des données soutenues par plusieurs études qui estiment qu'une même personne exprime souvent plusieurs troubles mentaux à la fois.

Par exemple, une étude épidémiologique américaine portant sur 10123 enfants et adolescents entre, 13 et 18 ans, a pu noter la prévalence populationnelle suivante pour les troubles mentaux les plus fréquents, en ordre décroissant : 31.9% des jeunes présentaient des troubles anxieux ; 19.1% des troubles liés aux comportements perturbateurs ; 14.3% des troubles de l'humeur et 11.4% des troubles liés à l'utilisation de substances. Selon cette même étude, 40% des jeunes avaient deux troubles à la fois.

C'est le cas aussi de la dépression et de l'anxiété, bien qu'ils soient séparés dans les manuels de diagnostics, ces deux troubles sont très fréquemment exprimés chez les mêmes personnes et pourraient partager des origines biologiques (Coccaro et al., 2012) et cognitives (Watson et Kendall, 1989) importantes.

Parallèlement, Kessler et al., montrent dans les études menées en 1999 que, sur 12 mois d'investigation, 59% et 70% des patients avec un trouble anxieux généralisé avaient un épisode dépressif majeur. De même, les individus souffrant de traumatismes cranio-cérébraux développent fréquemment des troubles anxieux, des troubles de l'humeur, ainsi que divers déficits cognitifs (Lima et al., 2008).

A ces deux indices (dépression et anxiété) s'ajoute aussi le risque suicidaire. En effet, Le taux de suicide est également majoré chez les patients souffrant d'une comorbidité anxio-dépressive (Kovess et Delavelle, 1998).

De même, plusieurs études ont démontré que les patients présentant un trouble dépressif ont un risque accru de suicide (Guze et Robins, 1970) et de tentative de suicide (Beautrais et al., 1996 ; Hunt et al., 2006).

On note aussi, que si aucune intervention n'est offerte aux élèves lorsque les troubles anxieux deviennent chroniques, certaines problématiques sont observées : un risque que se développe un trouble de santé mentale comme un trouble anxieux ou de l'humeur, un problème de consommation de drogues ou d'alcool, un abandon précoce des études et un risque suicidaire plus élevé à l'âge adulte (Pine et al., 1998; Woodward et Fergusson, 2001).

D'un autre côté, plusieurs études suggèrent que le Burnout peut prédire la dépression et d'autres symptômes émotionnels (Greenglass et Burke, 1990; Maslach, et Leiter, 2008) (Salmela-Aro, 2011 ; Salmela-Aro, Salvolainen et Holopainen, 2009)

De point de vue genre, nous avons obtenu des résultats qui affirment le taux de prévalence élevé chez les filles comparativement aux garçons et cela pour la plupart des indices de santé mentale étudiés. Ces résultats concordent avec ceux de l'enquête nationale américaine sur la comorbidité (Kessler et al., 1994), comme de nombreuses autres études antérieures ou menées depuis (Üstün & Satorius, 1995 ; Linzer et al., 1996 ; Brown, 1998), qui ont mis en évidence que chez les femmes la prévalence de la plupart des troubles affectifs et des psychoses non affectives est plus forte que chez les hommes. Ces derniers présentent des taux plus élevés de troubles liés à la consommation de substances psychotropes et de troubles de personnalité dyssociale.

Il apparaît aussi que c'est le même constat pour les différents troubles anxieux qui semblent affecter plus de filles que de garçons (Bergeron et al., 2007; Dumas, 2007).

Cette disparité entre les sexes a amené certains chercheurs à affirmer que l'homme avait tendance à extérioriser sa souffrance par l'abus de drogues et un comportement agressif, déclarant ainsi moins de détresse psychique. La femme, par contre, souffre plus souvent de détresse sous forme de dépression, d'angoisse, de nervosité, ou d'autres troubles. Les femmes présentent également des taux nettement plus élevés de troubles liés au stress post-traumatique que les hommes (Kessler et al, 1995).

Ainsi, les filles affirment vivre plus d'événements stressants, elles sont plus centrées sur leur autoévaluation et sur les changements corporels qui se manifestent; elles ont une estime de soi plus faible que les garçons; elles ressentent plus de problèmes de santé; elles rapportent plus de symptômes psychosomatiques et elles sont plus dépendantes du soutien social reçu que les garçons (Albano et al., 2003).

Les résultats du soutien perçu par les élèves a montré que ni les professionnels d'enseignement (enseignants, direction des établissements scolaires..) ni ceux de la santé s'impliquent dans le soutien des élèves, en effet, on remarque qu'il ya une absence de politique sanitaire notamment au niveau de l'école marocaine, et un recul relationnel de la part des enseignants vis-à-vis des élèves qui s'accroît de plus en plus. Alors que ce qui importe pour les élèves c'est surtout la dimension émotionnelle du soutien. Reste à signaler que la perception du soutien dépend fortement des attentes et des besoins des individus, il ne peut donc être difficilement envisagé, de la mesurer sans chercher à comprendre quelles sont les attentes de la population étudiée.

Schémas précoces inadaptés :

L'autre volet abordé dans cette étude s'intéresse aux schémas précoces inadaptés. Ainsi, dans cette investigation, les deux schémas qui ont enregistré les moyennes les plus élevées (>4) sont « Sens moral implacable » et « Attachement ».

Le premier schéma naît du besoin de l'expression de soi. Il est lié au besoin de s'exprimer librement, d'exprimer ses envies, ses émotions et ses dispositions naturelles. Les sujets qui possèdent ce schéma, attachent trop d'importance au rang social, à l'argent, à la réussite, à la beauté, à l'ordre et à la reconnaissance, tout ceci au détriment du bonheur, du plaisir, de la santé, du sentiment d'accomplissement et des relations enrichissantes. Il est en outre exigeant envers les autres et les critiques sans cesse.

Pour cela, le sujet doit être persuadé que ses besoins sont aussi importants que ceux d'autrui, qu'il est libre d'agir avec spontanéité, qu'il a le droit d'avoir des activités et des centres d'intérêts pour son plaisir sans se préoccuper de son entourage Losséni F., (2007).

Le deuxième schéma est l'attachement et qui mérite un statut particulier dans la construction de la personnalité.

Les sujets qui possèdent ce schéma, ont le sentiment qu'ils ne peuvent pas survivre à l'autre car ils s'attachent d'une façon excessive à une ou plusieurs personnes, souvent à leurs parents Losséni F., (2007).

Selon Holland et al., (1993), Steinhauer (1996), un enfant qui ne développe pas sa capacité d'attachement (avant deux ans) conservera de graves séquelles, tant au plan social que cognitif, ce qui va donner des comportements antisociaux ultérieurs, puisque cette période qui assure, généralement, l'apprentissage d'habilités sociales.

Ceci suggère qu'un attachement insécurisant dans l'enfance pourrait contribuer à la construction de ce schéma par la suite, ce qui va conduire à l'émergence de pensées dysfonctionnelles, une façon d'appréhender le monde de manière erronée (Beck, 1987).

Dans ce sens, il apparaît que l'activation du schéma « Attachement » chez les élèves étudiés, concorde bien avec les attitudes antisociales de ces élèves et insécurisant pour explorer leur environnement.

Ces deux schémas, comme c'est le cas pour les autres, leurs moyennes est plus élevées chez les filles, mais dans notre étude, la différence était significative uniquement pour le schéma « attachement » et non significative pour le schéma « sens moral implacable ».

En effet, les filles sont, généralement, plus attachées, surtout à leur parents, et tout attachement insécurisant pendant l'enfance va contribuer à la construction de ce schéma plus que chez les garçons.

En ce qui concerne la comparaison des moyennes des schémas selon le niveau scolaire, une fois encore il y avait une significativité pour le schéma « Attachement » et une non significativité pour le schéma « sens moral implacable ».

Ces résultats affirmaient que les élèves du tronc commun activent plus le schéma d'attachement que ceux de la première année du Baccalauréat, et ces derniers, à leur tour, l'activent plus que ceux de la deuxième année du Baccalauréat.

On pourrait supposer que ces résultats pourraient être dus soit à la spécificité du niveau scolaire fréquenté, ou à l'âge des élèves. Cependant, la corrélation des moyennes des deux schémas avec l'âge a écarté la supposition de l'âge puisqu'on n'avait pas obtenu de significativité pour cette corrélation. Il reste à dire que le changement de cycle d'étude (passage du collège au lycée) pour les élèves du tronc commun et l'état de transition que vivent ceux de la première année du Baccalauréat donnent plus de chances d'activer ce schéma, surtout que c'est la période d'adolescence avec tous les changements survenus, surtout sur le plan affectif, qui altèrent la vie des élèves. Et pour les élèves de la deuxième année du Baccalauréat, ils deviennent plus matures et préoccupés par leur étude ce qui les rend moins vulnérables à l'activation du schéma.

On avait obtenu aussi des résultats ascendants en ce qui concerne les moyennes des deux schémas en fonction des performances scolaires des élèves, c'est-à-dire que, généralement, plus la performance est importante plus il ya activation des deux schémas.

Dans ce sens, on sait que pour obtenir de bonnes performances scolaires on doit fournir de l'effort, on est soumis au stress et aux difficultés... ces situations mettent l'élève dans des contextes qu'ils perçoivent inconsciemment comme identiques aux événements traumatiques de leur enfance ce qui aidera à déclencher l'activation de schémas (Young et al. 2005).

Beaucoup d'études se sont intéressées à la relation entre les schémas précoces et l'anxiété, et plusieurs ont démontré une corrélation entre les deux. En ce qui concerne notre étude, l'un des schémas les plus activé au sein de notre population d'étude, à savoir le schéma « sens moral implacable » n'était pas corrélé significativement à l'anxiété, quant à l'autre schéma « Attachement » on a soulevé une corrélation significative avec l'anxiété des élèves, c'est-à-dire que plus les élèves sont anxieux plus ils activent ce schéma, ou plus le schéma est activé plus l'anxiété des élèves s'accroît. C'est un constat qui concorde avec les résultats d'une étude sur 249 participants d'origine flamande où on a évoqué un lien entre la dimension Anxiété dans l'attachement (peur de l'abandon, besoin de contact) et les domaines « Séparation/Rejet » et « Centration excessive sur les autres » et la dimension Évitement de

l'attachement (inconfort dans les liens de proximité) avec les domaines « Séparation/ Rejet » et « Autonomie et performance altérées ».

Dans ce sens, et dans un souci d'établir le lien avec les parties de cette étude, nous avons affirmé que la prévalence de quelques troubles de la santé mentale des élèves étudiés était élevée, or, la thérapie des schémas de Young et al. (2003) a comme prémisse que les schémas menant à des psychopathologies ainsi qu'à des troubles de personnalité prendraient racine dans les expériences vécues durant l'enfance. Par conséquent, les élèves de notre étude auraient vécu une enfance pendant laquelle plusieurs de leur besoin n'ont été pas comblés, ce qui contribue à l'activation des schémas ultérieurement, à titre d'exemple, le schéma « Attachement » qui était très activé chez ces élèves. Dans cette optique, Lee et Hankins (2009) suggèrent que les distorsions cognitives joueraient un rôle médiateur entre un attachement insécurisant et la dépression.

Conclusion

Cette étude s'inscrit dans une perspective qui vise la recherche des indicateurs de santé mentale et d'habitudes de vie qui permettrait une compréhension nouvelle des problèmes liés à l'environnement scolaire.

Effectivement, Il apparaît nécessaire de développer une pensée stratégique pour rendre la recherche utile à la population et d'élaborer des mécanismes d'appropriation des nouvelles connaissances favorisant l'émergence d'une culture axée sur une meilleure santé.

Les objectifs proposés au début de la recherche ont été atteints, et les résultats obtenus ont vérifié les hypothèses émises.

Ainsi, plusieurs variables ont été mises en relation les unes par rapport aux autres, pour vérifier des différences probables entre les différents paramètres étudiés.

Les résultats relatifs à la prévalence des troubles de la santé mentale ont confirmé l'hypothèse émise à ce propos, en effet, les pourcentages des élèves souffrant de ces troubles sont élevés, en les comparant aux résultats des études réalisées dans d'autres pays. Ainsi, il apparaît que des problèmes sérieux relatifs à la santé mentale affectent la vie des adolescents de la région de Béni Mellal, notamment en ce qui concerne l'estime de soi, l'anxiété, le stress et la dépression. Ces taux élevés sont d'une influence majeure sur le risque suicidaire. Dans ce sens, des résultats alarmants concernant notamment les tentatives de suicide, ont été obtenu, ce qui va dans le même sens que le nombre de tentative de suicide enregistré récemment dans cette région, et qui incite à rechercher les principales causes contribuant à ces comportements.

Généralement, nous avons soulevé que les filles sont plus à risque que les garçons, ceci met en question la situation des filles scolarisées dans cette région, surtout au niveau rural.

En ce qui concerne le lien de cet état de santé mentale et la performance scolaire, nous avons soulevé une réduction de cette dernière suite à une estime de soi faible et à un score de "Burnout" scolaire élevé. Dans ce sens, l'une des particularités de cette étude est l'étude du "Burnout" scolaire comme étant la première étude dans la région. De ce fait, nous avons utilisé deux questionnaires pour évaluer le "Burnout" scolaire en comparant ces résultats à d'autres pays plus développés dans le domaine de l'éducation et de la scolarisation, et nos résultats ont révélé que nos élèves sont de loin les plus épuisés.

Un autre problème soulevé dans cette étude est celui du soutien perçu par les élèves, et nous avons remarqué qu'il ya une absence du soutien des personnels de la santé, ainsi que celui des professionnels de l'enseignement, ce qui prouve que les institutions scolaires ne sont pas impliquées dans le soutien, surtout psychique, des élèves. Bien que le soutien de la famille apparaisse le mieux exprimé, il reste à confirmer le degré de satisfaction de ce soutien dans des études ultérieures.

En ce qui concerne les habitudes de vie, les résultats obtenus n'ont pas confirmé notre hypothèse de départ, car on s'attendait à une dominance des mauvaises habitudes, alors que généralement, nous n'avons pas soulevé de sérieux problèmes, malgré les problèmes liés à l'exposition aux fumées des cigarettes, le climat familial parfois violent, la perception de

l'état de santé, le saut du petit déjeuner, mais qui restent pour la plupart des facteurs secondaires.

Ainsi, au niveau des habitudes alimentaires, le profil alimentaire des élèves est à tendance saine avec dominance des fruits et de légumes. Il reste à compléter ces résultats avec d'autres incluant l'aspect quantitatif des aliments.

De point de vue sédentarité, il apparaît qu'à l'heure actuelle, nous ne pouvons pas taxer la situation actuelle d'alarmante, vu que l'activité physique était normale, mais des indices montrent que la région est en transition marquée par l'implication des nouvelles technologies (téléphones portables, ordinateurs...) avec tout ce qui en découle comme problèmes de scolarisation dans l'avenir. Il s'agit de l'un des aspects à surveiller de près pour les années à venir.

De ce fait, il n'y a pas de problèmes graves en ce qui concerne le surpoids et l'obésité, ni au niveau des troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale et boulimie).

Cependant, des problèmes relatifs à l'activation de deux schémas précoces, à savoir l'attachement et le sens moral implacable, qui montrent que des besoins affectifs ne sont pas comblés dans l'enfance de ces lycéens, ce qui incite à se pencher sur le rôle de l'éducation des enfants et l'amélioration de leur niveau de vie pour surmonter ces problèmes d'adolescence.

À la lumière des résultats obtenus, différentes études pourraient être développées en vue de poursuivre les travaux amorcés dans le cadre de la présente étude.

Ainsi, pour remédier aux limites d'échantillonnage une large étude représentative pour faire des conclusions plus probantes, voire définitives sur les habitudes de vie des adolescents de la région et leur santé mentale, peut être effectuée. Ces études pourraient être conduites auprès d'échantillons plus larges, tels que des élèves de niveaux scolaires inférieurs.

Une autre étude peut être réalisée sur la survenue des idéations suicidaires, afin de cerner tous les facteurs qui y participent, à savoir les pathologies somatiques et le statut socioéconomiques des élèves.

Recommandations :

Au terme de ce travail, des recommandations pourraient être formulées :

- la santé mentale est largement absente des priorités de l'éducation au Maroc, et cela nécessitera des politiques, des fonds et d'autres ressources, de la formation et du perfectionnement professionnel ainsi que de la coordination et de la collaboration entre les secteurs de l'éducation, de la santé ...pour aboutir au bien-être affectif des élèves et améliorer leur capacité d'apprendre, ceci pouvant enrayer au passage le décrochage scolaire.

- le champ de la promotion de la santé à l'école doit englober à la fois l'environnement scolaire, la mise en œuvre de programmes d'éducation à la santé, des examens médicaux et des bilans de santé aux âges clés de la scolarité et, pour la scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers, la détection le plus tôt possible des problèmes de santé ou des carences

de soins pouvant entraver la scolarité, ainsi que l'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé des élèves.

- Puisque les habitudes de vie sont fortement soumises à l'influence du milieu dans lequel les individus évoluent et que les dimensions environnementales ont peu retenu l'attention jusqu'à maintenant, il apparaît nécessaire de recentrer la recherche dans une perspective préventive populationnelle et intersectorielle.

-Au niveau des établissements scolaires, les programmes scolaires doivent contenir des notions du bien être psychologique de l'élève ainsi que les saines habitudes de vie qui y contribuent. Les enseignants aussi doivent être formés dans le sens de l'amélioration du bien être de l'élève notamment en ce qui concerne leur implication dans le soutien moral des enseignés. Et installer des cellules d'écoute et de suivi des élèves dans des situations qui nécessitent l'intervention de spécialistes de la santé. Pour ceci, les cursus de formation des futurs enseignants doivent contenir des notions de base de la neurocognition et de la neuroéducation.

-Sensibiliser les élèves sur les habitudes de vie saines et mobilisation de toute la communauté éducative et les parents pour y participer.

- Favoriser un climat d'apprentissage qui réduirait les réactions négatives d'ordre psychologique et émotionnel de l'élève et qui élèveraient ces croyances d'efficacité et ses performances scolaires.

-Les cours obligatoires des éducations physiques et sportives au niveau des établissements scolaires doivent continuer à participer à la promotion de la pratique d'activités physique en ajoutant une heure de plus chaque semaine.

-Favoriser et encourager la participation des élèves dans les activités parascolaires.

Limites de la recherche :

Cette étude présente des limites que nous pourrions sommeriser en cinq points :

Il peut arriver que certains élèves, lors de la réponse aux questions, soient amenés à fournir des réponses inexactes. Le fait de vouloir donner une image favorable de soi serait une motivation à fausser les réponses. Une seconde motivation, qui consiste à cacher ce qui semble répréhensible aux yeux des autres, occasionnerait le même type de problème. Il faut donc rester conscient de ces possibles déformations relatives aux résultats.

L'influence du chercheur lors de la lecture à haute voix des questions peut aussi avoir un impact non négligeable. Même si le premier critère pour répondre à ce questionnaire est de savoir lire et répondre aux questions, c'est le chercheur qui fait la lecture collective du questionnaire afin d'éviter toute ambiguïté.

Nous admettons que la longueur du questionnaire liée aux habitudes alimentaires et au mode de vie et aux caractéristiques socioéconomiques des élèves peut nuire à la coopération du répondant et a probablement provoqué la diminution de la précision des réponses.

Cette recherche comporte aussi certaines limites liées aux autres facteurs préalablement cités dans les écrits en lien avec les indices de santé mentale et n'ayant pas été mesurés dans le cadre du présent mémoire.

Une autre limite a trait à la taille de l'échantillon. En effet, il est difficile de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble, des adolescents en milieu scolaire de la région.

Références :

- Abela, J. R. et D'Alleandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression : Atest of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical psychology* ; 41, 11-128.
- Ackard, D.M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: Association with disordered eating disorders and psychological health. *Child Abuse and Neglect* ; 26,455-473.
- Adamec R. (1997). Transmitter systems involved in neural plasticity underlying increased anxiety and defense: implications for understanding anxiety following traumatic stress. *Neurosci Biobehav Rev* ; 21, 755-765.
- Adolphus, K., C.L. Lawton, L. Dye (2011). « The effects of breakfast on behavior and academic performance in children and adolescents ». *Frontiers in Human Neu – roscience* ; 7: p. 425
- Agarwal MK. (1994). Perspectives in receptor-mediated mineralocorticoid hormone action. *Pharmacol Rev* ; 46:67-87.
- Ahmed SH, Koob GB. (1997). Cocaine- but not food-seeking behaviour is reinstated by stress after extinction. *Psychopharmacology* ; 32, 289-295.
- Akerlind, I., Hörnquist, J. O. & Bjurulf, P. (1988). Prognosis in alcoholic rehabilitation: the relative significance of social, psychological, and medical factors. *Int. J. Addict* ; 23, 1171-95.
- Albano, A. M., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). *Childhood anxiety disorders*. Dans E. J. Mash & R. A. Barkley (dir.), *Childpsychopathology* (pp. 279-329). NY: The Guilford Press.
- Albert, N. et Beck, A. T. (1975). Incidence of depression in early adolescence : A preliminary study. *Journal of Youth and Adolescence* ; 4, 301-307.
- Al-Hazzaa HM, MUSAIGER AO, ABAHUSSAIN NA, et al. (2012). Prevalence of short sleep duration and its association with obesity among adolescents 15- to 19-year olds: A cross-sectional study from three major cities in Saudi Arabia. *Annals of Thoracic Medicine*, Vol 7, Issue 3: 133-39.
- Allen L.H. (1994). Nutritional influences on linear growth: a general review. *Eur J Clin Nutr*, 48 (Suppl.1) ; S75-S89.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P. M., & Hops, H. (1990). Sex Differences and Adolescent Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99 (1), 55-63.
- Alonso J, Angermeyer M.C., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 420: 21-7
- Amadiou, J.F. (2005). *Le poids des apparences : beauté, amour et gloire*. Paris : Odile Jacob.
- American Academy Child and Adolescent Psychiatry. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37 (suppl.) ; 63S-68S.

- American Psychiatric Association. (2003). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd. révisée). Washington, D.C.: Auteur.
- Amiot-Carlin, M. J., Caillavet, F, Causse, M, Combris, P, Dallongeville, J., Padilla, M, Renard, C, & Solers, LG. (2009). Fruits et légumes dans l'alimentation. Enjeux et déterminants de la consommation. Rapport de l'expertise scientifique collective menée par l'Inra à la demande du ministère de l'Agriculture et de la Pêche. INRA.
- Anaes, (1998). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicidecourt.pdf>
- Anaes, (2000). Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris.
- Andre, C. (2007). Phobies spécifiques et phobies sociales. In: Guelfi JD and F. Rouillon (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris; 185-192.
- André, C. (2008). Imparfait, libre et heureux. Pratiques de l'estime de soi. Paris : Odile Jacob.
- Andrieu E, Darmon N, Drewnowski A. (2006). Low-cost diets: more energy, fewer nutrients. Eur J Clin Nutr;60(3):434-6.
- Angold, A., Costello, E. J. et Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression : The roles of age, pubertal status and pubertal timing. Psychological Medicine ; 28, 51-61.
- Anisman H, Zacharko RM. (1990). Multiple neurochemical and behavioural consequences of stressors: implications for depression. Pharmacol ther ; 46, 119-136.
- Annie, D. (2009). Estime de soi globale et perception de compétences : Impact sur la réussite en français en 6^e année. Mémoire de maîtrise en éducation, université du Québec à Rimouski, 239p.
- Appley, M.H., Trumbull, R. (1967), Psychological stress, New York, Century Crofts.
- Arcand, M. et Brissette, L. (1998). Accompagner sans s'épuiser. Éditions Lamarre, Paris ; 140 p.
- Association Américaine de Psychiatrie. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, 4e Edition, révision de texte, DSM-IV-TR (2004). Traduction de l'anglais coordonnée par JD Guelfi. Masson, Paris, 2004
- Association de la fondation étudiante pour la ville (2014). Enquête « Inégalités entre enfants des quartiers de l'éducation prioritaire et les enfants de quartiers de centre-ville ».
- Association des psychiatres du Canada (1996). Enquête sur la santé mentale des jeunes canadiens. Journal PRO-ADO. Récupéré le 17 juillet de <http://acsa-caah.ca/fran/main1fr.html>
- Audrey, P.(2005). Relation Entre Les Comportements Interpersonnels Des Parents Et Des Enseignants Et Des Indices De Santé Mentale Chez Des Adolescents. Université Du Québec À Chicoutimi.
- Backer-Fulghum, L. M., Patock-Peckham, J. A., King, K. M., Roufa, L. & Hagen, L. (2012). The stressresponse dampening hypothesis: how self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. Addict. Behav ; 37, 477-84.
- Badsevant A., Laville M., Lerebours E. (2001).Traité de nutrition clinique de l'adulte. Edition FLAMMARION. 49,52, 91.

- Baird, L. L. (1969). A study of role relations of graduate students. *Journal of Educational Psychology* ; 60, 15-21.
- Balkau, B., et al., (2007). International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): a study of waist circumference, cardiovascular disease, and diabetes mellitus in 168,000 primary care patients in 63 countries. *Circulation*. 116(17) ; p. 1942-51.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4th ed. New York: Guilford Press.
- Barlow, D., Brown, T., & Craske, M. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology* ; J03, 553-564.
- Baron. P. (1993). *La dépression chez les adolescents*. Montréal : Maloine, Edisem.
- Bartlett, S. F. (1932). *Remembering*. Oxford England: University Press.
- Baumeister, R. F. (1998). The self. Dans D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds), *The handbook of social psychology* (Vol. 2), (4e éd.) (pp. 680-740). New York : McGraw-Hill.
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest* ; 4, 1-44.
- Beautrais AL, Joyce PR, Milder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightingale SK. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in person making serious suicide attempts: a case-control study. *AM J psychiatry* ; 153/1009-14.
- Beck, A. T. (1967). *Depression : Causes and treatment*. Philadelphie : University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1987), *Cognitive Therapy*. In J. K. Zeig (Eds): *The Evolution of Psychotherapy* (PP. 149-163), New York, Bruner/Mazel.
- Beck, A. T., Rush, J. Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., et Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* ; 4, 561-571.
- Bedwani, N.C. (2011). *Vivre avec un adolescent mentalement souffrant*. Éditions Bayard Canada, 219 p.
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Belzung. C, Griebel.G (2001). Measuring normal and pathological anxiety-like behaviour in mice: a review. *Behav Brain Res* ; 125, 141-149.
- Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C. et Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression : Do symptoms differ for boys and girls? *Journal of Affective Disorders* ; 89, 35-44.
- Bergeron, L., J.P. , V., Smolla, N., Piché, G., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (2007). Correlates of depressive disorders in the Quebec general population 6 to 14 Years of age. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 459-474. DOI: 10.1007/s10802-007- 9103-x

- Blakemore SJ, Burnett S, Dahl RE. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Hum Brain Mapp* ;31:926-933.
- Blechman, E. A., Mc Enrow, M. J., Carelle, E. T. et Audette, D. P. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Psychology* ; 95, 223-237.
- Bond, L., Toumbourou, J. W., Thomas, L., Catalano, R. F. et Patton, G. (2005). Individual, family, school, and community risk and protective factors for depressive symptoms in adolescents : a comparison of risk profiles for substances use and depressive symptoms. *Prevention Science* ; 6(2), 73-88.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & St6ber, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research* ; 22,561-576.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behavior Research and Therapy* ; 21, 9-16.
- Boucher, M. et coll. (1998). La santé mentale et l'épuisement professionnel au travail, on s'en occupe! Fédération du commerce, Montréal ; 28p.
- Boudarene M, Timsit-Berthier M and Legros J. (1997). Qu'est ce que le stress? *Rev. Med. Liège* ; 52:541-549.
- Boulanger J.-P., Capdevielle D. (2007). Trouble panique et Agoraphobie. In : Guelfi JD and F. Rouillon (eds). *Manuel de psychiatrie*. Masson. Paris ; 180-185.
- Bourin, M., Petit-Demouliere, B., Dhonnchadha, B. N., & Hascoet, M. (2007). Animal models of anxiety in mice. *Fundam Clin Pharmacol* ; 21(6), 567-574.
- Bradley, H.B. (1969). Community bases treatment for young adult offender. *Crime and Delinquency* ; 15, 359-370.
- Brage, D. G. (1995). Adolescent Depression : A Review of the Literature. *Archives of Psychiatric Nursing* ; 9(1), 45-55.
- Breton, J. J., & Valla, J. P. (2001). Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réactions des proches. Dans A. Gagnon et al. (Éds), *Démystifier les maladies mentales : Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (pp. 2-23). Montréal : Gaétan Morin.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaum, C., Gaudet, N., Lambert, J., ... Lépine, S. (1999). Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ; 40(3), 375-384. DOI: 10.111111469-7610.00455
- Bricas N. (1998). Cadre conceptuel et méthodologique pour l'analyse de la consommation alimentaire urbaine en Afrique. Montpellier : Cirad. (Série urbanisation, alimentation et filières vivrières ; Document 1).
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J. Child Psychol. Psychiatry* ; 47, 372-94.
- Brown GW. (1998) Genetic and population perspectives on life events and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 : 363-372.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la Santé. Modèles, concepts et méthodes*. Paris: Dunod.

- Buezek Y, Lê AD, Wang A, Stewart J, Shaham Y. (1999). Stress reinstates nicotine seeking but not sucrose solution seeking in rats. *Psychopharmacology* ; 144, 183-188.
- Bundred P, Kitchiner D, Buchan I. Prevalence of overweight and obese children between 1989 and 1998: population based series of cross sectional studies. *Br Med J* 2001; 322: 1-4.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Regier, D. A. et Rae, D. S. (1990). Age at onset of selected mental strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ; 32, 1063-1080
- Burstein, M., Beesdo-Baum, K., He, J.-P., & Merikangas, K. R. (2014). Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. *Psychological Medicine* ; 1-12. DOI: 10.1017/S0033291713002997
- Byrne, B. M., Baron, P., & Campbell, T. L. (1993). Measuring adolescent depression : Factorial validity and invariance of the Beck Depression Inventory across gender. *Journal of Research in Adolescence*, 3, 127-143.
- Cabib S, Puglisi-Allegra S. (1996). Stress, depression and the mesolimbic dopamine system. *Psychopharmacology* ; 128, 331-342.
- Caillavet, F, Darmon, N., Lhuissier, A, and Regnier, F. (2004). L'alimentation des populations défavorisées en France. Une revue de la littérature dans les domaines économique, sociologique et nutritionnel. Institut National de la Recherche Agronomique.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York : Me Graw-Hill.
- Cantwell, D. P. et Baker, L. (1991). Manifestations of Depressive Affect in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* ; 20(2), 121-133.
- Casey BJ, Getz S, Galvan A. The adolescent brain. *Dev Rev*, 2008;28:62-77.
- Cattell, R. B., & Scheier, I. H. (1958). The Nature of Anxiety: A Review of Thirteen Multivariate Analyses Comprising 814 Variables. *Psychological Reports* ; 4, 351-388.
- Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert Ph. (sous la dir.). *La depression en France-Enquête ANADEP 2005*, Saint-Denis: INPES, coll. Etudes santé, 2009, 208p. Consulté le 08 aout 2012 sur le site de l'INPES à l'adresse: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>
- Chang, E.C., Rand, K.L., & Strunk, D.R. (2000). Optimism and risk for job burnout among working college students: stress as a mediator. *Personality and Individual Differences* ; 29, 255-263.
- Chastang F., Dupont I. et al. (1998). Le rôle de la dynamique familiale dans la récidence suicidaire chez les adolescents et les adultes jeunes. *Annales psychiatriques* ; 13(4):248-255.
- Chauliac M., Masse-Raimbault A.M. (1989). Etat nutritionnel. Interprétation des indicateurs. *L'enfant en milieu tropical*, n°181/182 ; 84 p.
- Cherniss, C. (1995). *Beyond burnout : helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment*. New York : Routledge.
- Cheung, S. K. (1995). Life events, classroom environment, achievement expectation, and depression among early adolescent. *Social Behavior and Personality* ; 23(1), 83-92.

- Chitsabesan P. et al. (2003). Predicting repeat self-harm in children – how accurate can we expect to be ? *European Child & Adolescent Psychiatry* ; 12:23-29.
- Chiva M. (1996). Le mangeur et le mangeurs, image des aliments. In : Giachetti I. Identités des mangeurs, images des aliments. Paris : Polytechnica, 91-122.
- Choquet M., Gasquet I. (1995). Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence. *Adolescentes-adolescents, psychopathologie différentielle*. Paris : Bayard ; 81-89.
- Choquet M., Granboulan V. (2003). Jeunes suicidants à l'hôpital. Enquête co-organisée et financée par la fondation de France. *Le Carnet PSY*; 8(85):14-19.
- Choquet M., Ledoux S. (1994). *Adolescents : enquête nationale. Analyse et prospective*. Paris : Inserm.
- Cicchetti, D., et Toth, S. L. (1998). The Development of Depression in Children and Adolescents. *American Psychologist* ; 53(2), 221-241.
- Clark, D. A., Beck, A. T. et Alford, B. A. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and theory of depression*. New York : Wiley et Sons.
- Clark, D.C., & Zeldow, P.B. (1988). Vicissitudes of depressed mood during four years of involvement. *Journal of American College Health* ; 55 (4), 239-245.
- Clemence, P. (2015). *Estime de soi et risque suicidaire. Médecine humaine et pathologie*. Université Paris Descartes. <dumas-01302500>
- Coccaro, E. F., Ong, A. D., Seroczynski, A. D., & Bergeman, C. S. (2012). Affective intensity and lability: heritability in adult male twins. *J Affect Disord*, 136(3) ; 1011-1016.
- Cohen S, Kessler RC, Gordon LU. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In: Cohen, S., Kessler, R.C., Gordon, L.U. (Eds.), *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford University Press, New York, NY ; pp. 3–26
- Cole et al.,(2000). *BMJ*.320:1240-3.
- Cole, D. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology* ; 100, 181-190.
- Commission de la fonction publique, (1991). *Le stress et l'épuisement professionnel. Rapport non publié*.
- Compas, B. E., Ey, S., et Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin* ; 114, 323-344.
- Compton, W, Smith, M. L., Cornish, K. A., & Quails, D. L. (1996). Factors structure of mental health's measures. *Journal of Personality and Social Psychology* ; 71(2), 406-413.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (1998). Generalized anxiety disorder: neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biol Psychiatry* ; 44(12), 1286-1294.
- Cooley, C.H. (2009)/[1902]. *Human nature and the social order (7e impression, 2009)*. NY: Shocken Books.
- Cooper, S.B., S. Bandelow, M.E. Nevill (2013). « Breakfast consumption and cognitive function in adolescent schoolchildren ». *Physiology & Behavior* ; 103(5): p. 431-9

- Coopersmith, S., 1967. *The antecedents of self-esteem*. W.H. Freeman and Co, San Francisco.
- Cordes, CL., & Dougerthy, T.W. (1993). A review and integration of research on job burnout. *Academy of Management Review* ; 18 (4), 621-656.
- Costello, E. J., Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders; phenomenology, prevalence, and comorbidity. Dans W. Silverman, K. & A. P. Field (dir.), *Anxiety disorders in children and adolescent* (p. 56-75). UK: Cambridge University Press.
- *CREDOC (Avril 2013), Consommation et modes de vie*.
- Czernichow S, Bruckert E, Oppert JM et al. (2005). Intake of added oils and fats among middle-aged French adults: relationships with educational level and region of residence. *J Am Diet Assoc* ; 105(12):1889-94.
- Darmon N, Drewnowski A. (2008). Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr* ; 87(5):1107-17.
- Darmon N, Khlat M. (2001). An overview of the health status of migrants in France, in relation to their dietary practices. *Public Health Nutr* ; 4(2):163-72.
- Dauchet L, Amouyel P, Dallongeville J. (2005). Fruit and vegetable consumption and risk of stroke: a meta-analysis of cohort studies. *Neurology* ; 65(8):1193-7.
- Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. (2006 J). Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. *Nutr* ; 136(10):2588-93.
- Davidson, J. R., Tupler, L. A., Wilson, W. H., & Connor, K. M. (1998). A family study of chronic post-traumatic stress disorder following rape trauma. *J Psychiatr Res* ; 32(5), 301-309.
- Delpuech F, Maire B. (1997). Obésité et développement des pays du sud. *Med Trop* 57 ; 380-8.
- Delpuech F. (1991). Les enquêtes nutritionnelles anthropométriques - Leur place dans le dépistage, l'évaluation nutritionnelle et la surveillance nutritionnelle. *Atelier sur la méthodologie des enquêtes nutritionnelles anthropométriques, Dakar 3-15 juin 1991* ; 8 p.
- Deschamps J.P. (1985). Les examens systématiques de santé et l'évaluation de l'état nutritionnel. In Hercberg S., Dupin H., Papoz L., Galan P. *Nutrition et santé publique - Approche épidémiologique et politiques de prévention*. Edition Lavoisier, Paris : 116-31 (709 p.).
- Dietz WH. (1996) . The role of lifestyle in health: the epidemiology and consequences of inactivity. *Proc Nutr Soc*, 55: 829-40.
- Dohrenwend, B.P. (1974). *Stressfull life events, their nature and effects*. New York, Wiley.
- Doudin, L. Lafortune & N. Lafranchise (Eds.), *La santé psychosociale des élèves* (pp. 48-64). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Doudin, L. Lafortune & N. Lafranchise, (Eds), *La santé psychosociale des élèves* (pp. 32-44). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Doudin, P.-A., Curchod-Ruedi, D. & Moreau, J. (2011). Le soutien social comme facteur de protection de l'épuisement des enseignants. *La santé psychosociale des enseignants et des enseignantes*. Québec, Presses de l'Université du Québec ; pp.11-37

- Drewnowski A, Darmon N, Briand A. (2004). Replacing fats and sweets with vegetables and fruits--a question of cost. *Am J Public Health* ; 94(9):1555-9.
- Drewnowski A. (2010). The cost of US foods as related to their nutritive value. *Am J Clin Nutr* ; 92(5):1181-8.
- Dumas, C. (1993). Le degré d'épuisement professionnel chez les intervenants psychosociaux oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie. Mémoire en service social, Université Laval ; 197 p
- Dumas, J. E. (2007). Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Bruxelles: De Boeck.
- Durand, V., & Barlow, D. (2002). Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle. Bruxelles: De Boeck Université.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., et al. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing-externalizing structure of common mental disorders. *Psychol Med* ; 41(5), 1041-1050.
- Endler NS. (1997). Stress, anxiety and coping : the multidimensional interaction model. *Can Psychol* ; 38 (3), 136–153.
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C. & Demirkiran, F. (2007) .Risk Factors for and Protective Factors Against Adolescent Suicidal Behavior in Turkey. *Crisis* 28, 131–139.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* ; 14(3), 263-279. DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00039-0.
- Etiévant P. & Bellisle F. (2010). Les comportements alimentaires. Quels en sont les déterminants ? Quelles actions, pour quels effets ? Rapport. Paris : Inra.
- Evans, J., Sun, Y., McGregor, A., & Connor, B. (2012). Allopregnanolone regulates neurogenesis and depressive/anxiety-like behaviour in a social isolation rodent model of chronic stress. *Neuropharmacology* ; 63(8), 1315-1326.
- Fahs, H., Chabaud, F., Dupla, V. et Marcelli, D. (1998). Troubles dépressifs des adolescents. À propos d'une enquête épidémiologique auprès de 465 adolescents scolarisés. *Neuropsychiatrie. Enfance, Adolescence* ; 46(5-6), 340-349.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology* ; 13, 293-301.
- Féart C, Samieri C, Rondeau V, et al. Adherence to a Mediterranean diet, cognitive decline, and risk of dementia. *JAMA J Am Med Assoc.* 2009;302(6):638–648.
- Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol. Med* ; 33, 61–73.
- Ferreri F., Peretti C.S., Ferreri M. (2007). Pathologie psychotraumatique, pathologies secondaires à des traumatismes majeurs, stress aigu et état de stress post-traumatique. In : Guelfi JD and F. Rouillon (eds). Manuel de psychiatrie. Masson. Paris ; 202-208
- Flannery, D. J., Vazsonyi, A. T., Torquanti, J. et Fridrich, A. (1994). Ethnic and gender differences in risk for early adolescent substance abuse. *Journal of Youth and Adolescence* ; 23, 195-212.
- Fleming, J. E. et Orford, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ; 29, 571-580.

- Fombonne, E. (1998). Increased rates of psychological disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Child Neuroscience* ; 248, 14-21.
- Fortin, D. et Vanler, C. (1998). Étude du stress, des stratégies d'adaptation et de l'épuisement professionnel chez les intervenants et intervenantes de ressources communautaires en santé mentale. UQAM, Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale ; 271 p.
- Fox, K.R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology* ; 31, 228-240.
- Frauke O, Arndt SS, van der Staay FJ. (2008). Pathological anxiety in animals. *The Veterinary Journal* ; 175 (1), 18-26.
- Freeman, D. et al. (1998). The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for psychosis. IV: Self-esteem and persecutory delusions. *Br. J. Clin. Psychol* ; 37 (Pt 4), 415–30.
- Frelut M, Cathelineau L, Bihain B, Navarro J. (1995). Prévalence de l'obésité infantile dans le monde. Quelle évolution ? *Med Nutr* ; 31: 293-7.
- Freudenberger, H. J. (1987). L'épuisement professionnel: «la brûlure interne». Gaétan Morin ; 190 p.
- Freudenberger, HJ. (1974). Staff burnout. *Journal of social issues* ; 30(1) : 159-165
- Friel S, Newell J, Kelleher C. (2005). Who eats four or more servings of fruit and vegetables per day? Multivariate classification tree analysis of data from the 1998 Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in the Republic of Ireland. *Public Health Nutr* ; 8(2):159-69.
- Gagné, M.-È., Marcotte, D., & Fortin, L. (2011). L'impact de la dépression et de l'expérience scolaire sur le décrochage scolaire des adolescents. *Revue canadienne de l'éducation* ; 34(2), 77-92.
- Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO et al. (1999). Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci* ; 2:861-863.
- Gillespie, D. F. et Numerof, R., E. (1991). Burnout among health service providers. *Administration and policy in mental health*, vol. 18, no.3, p. 161-171.
- Giskes K, Avendano M, Brug J, Kunst AE. (2010). A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obes Rev* ; 11(6):413- 29.
- Giskes K, Turrell G, Patterson C, Newman B. (2002). Socio-economic differences in fruit and vegetable consumption among Australian adolescents and adults. *Public Health Nutr* ; 5(5):663-9.
- Gispert M. et al. (1987). Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. *Hosp Community Psychiatry* ; 38(4):390-393
- Goenjian, A. K., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Fairbanks, L. A., Tashjian, M., & Pynoos, R. S. (2000). Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry* ; 157(6), 911-916.
- González-Româ, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior* ; 68 (1), 165-174.

- Goodwin F.K Jamison K.R. (1990). Manic depressive illness. New York : Oxford University Press.
- Gopinath S, Katon WJ, Russo JE, et al. (2007). Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *J Affect Disord* ; 101 : 57-63.
- Goplerud, E. N. (1980). Social support and stress during the first year of graduate school. *Professional Psychology* ; II, 283-290.
- Gould, M. S., & Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Lifethreatening Behaviour* ; 31, 6-31.
- Gould, M.S. ;Greenberg,T. ;Velting ,D. ;Schafer,D.(2003).Youth suicide risk And preventive interventions :A review of the past 10 years .*Journal of American AcademicChild and Adolescence Psychiatry* ; 42,386-405.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* ; 61(8), 807-816.
- Graziani P. (2005). Anxiété et troubles anxieux. Armand Colin.
- Green, D.E., Walkey, F.H., & Taylor, A.J. (1991). The three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory: A multicultural, multinational confirmatory study. *Journal of Social Behavior & Personality*, 6 (3), 453-472.
- Greenberg, S. F. (1984). *Stress and the teaching profession*, Paul H. Brookes Publishing co.
- Greenglass, E.R., & Burke, R.J. (1990). Burnout over time. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 13, 192-204.
- Gros, D. F., Antony, M. M., Simms, L. J., & McCabe, R. E. (2007). Psychometric properties of the State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA): comparison to the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psychol Assess* ; 19(4), 369-381.
- Groupe Shepell. (2004). *Comprendre le stress et l'épuisement professionnel*.
- Guindon, H. M. (1994). Understanding the rôle of self-esteem in managing communication quality. *IEEE transactions on professionnel communication* ; 37 (1) p. 21-27.
- Guo S, Chumlea W. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr* ; 70: 145S-8S.
- Guze SB ,Robins E. (1970). Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry*; 117:249-57.
- Hall, P. L. & TARRIER, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behav. Res. Ther.* 41, 317–32.
- Haller J, Bakos N. (2002). Stress-induced social avoidance: A new model of stress-induced anxiety? *Physiol Behav* ; 77 (2-3), 327-332.
- Hammen, C. (1998). *Depression*. Los Angeles . Psychology Press.
- Hamrani A. (2012). Estimation de la composition corporelle, des niveaux d'activité physique et des habitudes alimentaires chez l'adolescent Marocain. thèse de doctorat, Faculté des Sciences de Kénitra, Maroc, 116p.

- Hankin, B. L., et Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression : An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin* ; 127, 773-796.
- Hare-Bruun H, Togo P, Andersen LB, Heitmann BL. (2011). Adult food intake patterns are related to adult and childhood socioeconomic status. *J Nutr* ; 141(5):928-34.
- Harrington, R., Rutter, M. et Frombonne, E. (1996). Developmental pathways in depression : Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and Psychopathology* ; 8, 601-606.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* ; 170, 205–228.
- Harter, S. (1990). Self and identity development. In S. Shirley & G. Elliot (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 352-387). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hassan. R. (2008). L'anxiété trait et son lien avec l'expression des sous-unités des récepteurs (GABAA, 5-HT1A, μ -opioïdes et α 1-adrénérgiques) et des marqueurs du stress oxydatif au niveau du SNC (neurones et cellules gliales) et au niveau périphérique (immunité cellulaire et humorale). Evaluation des effets de substances naturelles à potentiel cytoprotecteur. Université Paul Verlaine-Metz .
- Haute autorité de Santé. Conférence de consensus, La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. (2000). Consulté en mai 2015 sur : <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
- Hautekeete M. (2001), Thérapie Cognitivo-Comportementale et Emotions. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 1, 1-4.
- Hawton K. et al. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents : findings from the Multicentre study of self-harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* ; 5(12):1212-1219
- He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. (2007). Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens* ; 21(9):717-28.
- He K1, Hu FB, Colditz GA, Manson JE, Willett WC, Liu S. (2004). Changes in intake of fruits and vegetables in relation to risk of obesity and weight gain among middle-aged women. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 28(12):1569-74 .
- Hennighausen, K.H, Hauser, S.T., Billings, R.L., Schultz, L.H., & Allen, J.P. (2004). Adolescent Ego-Development Trajectories and Young Adult Relationship Outcomes. *Journal of Early Adolescence* ; 24(1), 29-44.
- Henry CJK. (1990). Body mass index and the limits of human survival. *Eur J Clin Nutr*, 44, 329-335.
- Herbert TB, Cohen S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review *Psychosom Med* ; 55, 364–379.
- Hidaka, Y. et al. (2008). Attempted suicide and associated risk factors among youth in urban Japan. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* ; 43, 752–7.
- Hirschfeld RMA. The comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2001 ; 3(6):244-54.

- Hodgues, W. F., & Spielberger, C. D. (1969). An indicant of trait or state anxiety? *J Consult Clin Psychol* ; 33(4), 430-434.
- Hoffman, R., & Al'Absi, M. (2004). The effect of acute stress on subsequent neuropsychological test performance (2003). *Arch Clin Neuropsychol* ; 19(4), 497-506.
- Holland R. et al (1993). Attachment and conduct disorder: The response program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 420-431.
- Hunt I Kapur N Robinson J Shaw Baily H et al. (2006). Suicide within 12 months of mental health service contact in different age and diagnostic groups. *Br psychiatry* ;16 :155-65.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2008). Enquête sur les représentations, les attitudes, les connaissances et les pratiques du sommeil des jeunes adultes en France.
- James WP, Nelson M, Ralph A, Leather S. (1997). Socioeconomic determinants of health. The contribution of nutrition to inequalities in health. *BMJ* ; 314(7093):1545-9.
- James WPT, Ferro-Luzzi A & Waterlow JC. (1988). Definition of chronic energy deficiency in adults. Report of a Working Party of the International Dietary Energy Consultative Group. *Eur J Clin Nutr* ; 42, 969-981.
- James WPT. (1994). Introduction: the challenge of adult chronic energy deficiency. *Eur J Clin Nutr*, 48, Suppl 3, S1-S8.
- James, W. (1890/1950). *The principles of psychology*. New York: Dover (original work published in 1890).
- Jenkins, CD. (1979), *Epidemiology of cardiovascular diseases*, *Journal of consulting and clinical psychology*, no 56.
- Juon,H. ;Nam ,JJ. ; Ensminger ,ME. (1994) .Epidemiology of suicidal behavior Among Korean Adolescents.*Journal of child psychology And psychiatry Allied Discipline* ; 35 ,663-677
- Kabacoff, R. I., Segal, D. L., Hersen, M., & Van Hasselt, V. B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord* ; 11(1), 33-47.
- Kagan DM, Squires RL. (1984). Compulsive eating, dieting, stress and hostility among college students0 *J Coll Stud Pers* ; 25(3):213–220
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., & Rantanen, P. (1998). School performance and self-reported depressive symptoms in middle adolescence. *Psychiatria Fennica* ; 29, 40-49.
- Kamphuis CB, Giskes K, de Bruijn GJ, Wendel-Vos W, Brug J, van Lenthe FJ. (2006). Environmental determinants of fruit and vegetable consumption among adults: a systematic review. *Br J Nutr* ; 96(4):620-35.
- Kaouthar B. et Abdelhay B. (2017). Etude comparative de la prévalence de surpoids et d'obésité dans 11 pays méditerranéens.
- Kaplan, S. L., Hong, G. K. et Weinhold, C. (1984). Epidemiology of depressive symptomatology in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* ; 23(1), 91-98.
- Kashani, J. H., Husain, A., Walid, O., Sherkin, W., Hojues, K. K., Cytryn, L. et McKnew, D. H. (1981). Current perspectives on childhood depression : An overview. *American Journal of Psychiatry* ; 138(2), 143-153.

- Katzmarzyk PT, Janssen I. (2004). The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Can.J Appl.Physiol*;29:90-115.
- Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*, vol. 1 : A Theory of Personality. New York: Norton
- Kessler R.C., Chiu W.T., et al. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* ; 62(6):617-27
- Kessler RC, Dupont RL, Berglund P, Wittchen HU. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am. J. Psychiatry*; 156:1915-23.
- Kessler RC, McGonagle KA and Zhao S et al. (1994) Lifetime and 12 month prevalence of DSM- 111-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 51 : 8-19.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52 : 1048-1060.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* ; 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Nelson, C. B., Hughes, M., Swartz, M. et Blazer, D. G. (1994). Sex and depression in the national comorbidity survey : II. Cohort effects. *Journal of Affective Disorders* ; 30, 15-26.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M. S., Blazer, D. G. et Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey : Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders* ; 29, 85-96.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* ; 51(1), 8-19.
- Kiev, A., Kohn, V. (1979), *Executive stress*, New York, American Management Association.
- Kirkpatrick, L.A., & Ellis, B.J. (2006). What is the evolutionary significance of selfesteem? The adaptive functions of self-evaluative psychological mechanisms. In
- Kiuru, N., Aunola, K. , Nurmi, J.-E. & Leskinen, E. (2008). Peer Group Influence and Selection in Adolescents' School Burnout : A Longitudinal Study. *Merrill-Palmer Quarterly* ; 54(1), 23-54
- Kizilbash, A. H., Vanderploeg, R. D., & Curtiss, G. (2002). The effects of depression and anxiety on memory performance. *Arch Clin Neuropsychol* ; 17(1), 57-67.
- Konu, A. I., Lintonen, T. P. & Rimpela, M. K. (2002). Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Educational Research* ; 17(2), 155-165.
- Konu, A., & Rimpelä, M. (2002). Well-being in schools : a conceptual model. *Health promotion international*, 17(1), 79-87.
- Kotila L., Lonnqvist J. (1987). Adolescent who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatr. Scand.* ; 76:386-393

- Kovacs, M. (1989). Affective disorders in children and adolescents. *American Psychologist* ; 44, 209-215.
- Kovacs, M., & Goldston, D. (1991). Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ; 30(3), 388-392.
- Kovess V, Delavelle S. (1998). La santé mentale des Bas-Normands, in: *La Basse-Normandie face à sa santé*. INSEE ; 21-27.
- Krachler B, Eliasson MC, Johansson I, Hallmans G, Lindahl B. (2005). Trends in food intakes in Swedish adults 1986-1999: findings from the Northern Sweden MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) Study. *Public Health Nutr* ; 8(6):628-35.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56(10), 921-926.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* ; 2, 111-133.
- Kuloglu M, Atmaca M, Tezcan E, Gecici O, Tunckol H, Ustundag B. (2002a). Antioxidant enzyme activities and malondialdehyde levels in patients with obsessive– compulsive disorder. *Neuropsychobiology* ; 46, 27–32.
- Kuloglu M, Atmaca M, Tezcan E, Gecici O, Ustundag B, Bulut S. (2002b). Antioxidant enzyme and malondialdehyde levels in patients with panic disorder. *Neuropsychobiology* ; 46, 186–189.
- Labelle, R., Bastin, É., Dubé, M., Alain, M., Bouffard, L , & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie* ; 22(1), 71-87.
- Laborit H. (1988). *Encyclopaedia Universalis Corpus* ; 17:271-272.
- Lallukka T, Pitkaniemi J, Rahkonen O, Roos E, Laaksonen M, Lahelma E. (2010). The association of income with fresh fruit and vegetable consumption at different levels of education. *Eur J Clin Nutr* ; 64(3):324-7.
- Lamas, C. & Corcos, M. (2007). Dépression à l'adolescence. *Médecine*, mars ; 114-117.
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J., et al. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Clin Psychiatry* ; 72(3), 341-348.
- Law, D.W. (2007). Exhaustion in university students and the effect of coursework involvement. *Journal of American College Health* ; 55 (4), 239-245.
- Law, D.W. (2007). Exhaustion in university students and the effect of coursework medical school. *Journal of the American Medical Association* ; 260 (17), 2521-2528.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984), *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer publ. Co..
- Lê AD, Quan B, Juzystch W, Fletcher PJ, Joharchi N, Shaham Y. (1998). Reinstatement of alcohol-seeking by priming injections of alcohol and exposure to stress in rats. *Psychopharmacology* ; 135, 169-174.

- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs, Hors série* ; 59-90. Repéré à <http://www.caim.info/revue-savoirs-2004-5-page-59.htm>
- Ledoux TA, Hingle MD, Baranowski T. (2011). Relationship of fruit and vegetable intake with adiposity: a systematic review. *Obes Rev* ; 12(501):e143-e150.
- Lee, A., et Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctionnal attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 219-231.
- Lee, B. K., Glass, T. A., McAtee, M. J., Wand, G. S., Bandeen-Roche, K., Bolla, K. I., et al. (2007). Associations of salivary cortisol with cognitive function in the Baltimore memory study. *Arch Gen Psychiatry*, 64(7) ; 810-818.
- Leiter, M.P., Schaufeli, W.B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping* ; 9, 229-243.
- Lemyre L. et Tessier R. (1988). Mesure de stress psychologique (MSP) : se sentir stressé. *Canadian Journal of Behavioral Sciences/Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 20 (3), 302-320.
- Lévesque, N. et Marcotte, D. (2005). Les distorsions cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés. *Revue québécoise de psychologie* ; 26(2), 199-221.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R. et Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology : I. Prevalence and Incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology* ; 102, 133-144.
- Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Joiner Jr., E., & Seeley, J. R. (2003). The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *Journal of abnormal psychology* ; 112(2), 244-252.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H. et Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology : II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology* ; 103, 302-315.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. et Seeley, J. R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents : prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review* ; 18(7), 765-794.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I. H. et Seeley, J. R. (1995). Adolescent psychopathology : IV. Specificity of psychosocial risk factors for depression and substance abuse in older adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ; 34, 1221-1229.
- Lima, D. P., Simao Filho, C., Abib Sde, C., & de Figueiredo, L. F. (2008). Quality of life and neuropsychological changes in mild head trauma. Late analysis and correlation with S100B protein and cranial CT scan performed at hospital admission. *Injury* ; 39(5), 604-611.
- Lister R.G. (1990). Ethologically-based animal models of anxiety disorders. *Pharmacol Ther* 46, 321-340.
- Livingstone M. (2001). Childhood obesity in Europe: a growing concern. *Public Health Nutr* ; 4 (1A): 109-16.

- Lock K, Pomerleau J, Causer L, Altmann DR, McKee M. (2005). The global burden of disease attributable to low consumption of fruit and vegetables: implications for the global strategy on diet. *Bull World Health Organ* ; 83(2):100-8.
- Losséni F., (2007). Evolution des schémas cognitivo-émotionnels chez des patients anxio-dépressifs en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive. Université Charles-De-Gaulle – Lille 3.
- Lupien, S. (2010). *Par amour du stress*. Boisbriand: Les Éditions au Carré inc.
- Lyness, D. A. (2001). *Blueprint for Change : Research on Child and Adolescent Mental Health*. Report of the National Advisory Mental Health Council's Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention, NIMH Publication No. 01-4986. Récupéré le 05 janvier 2005 de http://kidshealth.org/teen/your_mind/mental_health/anxiety_p3.html.
- M.H. Kernis (Ed.) *Self-esteem: Issues and answers* (pp. 334-339). New York: Psychology Press.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* ; 358(23):2468-81.
- Maillot M, Darmon N, Drewnowski A, Arnault N, Hercberg S. (2006). Le coût et la qualité nutritionnelle des groupes d'aliments: quelle hiérarchie ? *Cah Nutr Diet* ; 41(2):87-96.
- Malina R.M., Katzmaryk P.T. (1999). Validity of the body mass index as an indicator of the risk and presence of overweight in adolescents. *Am J Clin Nutr*, 70 (Suppl) ; 131S-6S
- Marcelli, D. et Berthaut, É. (2001). *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*. Paris : Masson.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. *Revue québécoise de psychologie* ; 16(3), 434-439.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence* ; 31(124), 935-954.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. Dans F. Vitaro et C. Gagnon. *La prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (p. 221-270). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Alain, M., et Gosselin, M.-J. (1999). Gender Differences in Adolescent Depression Gender-Typed Characteristics or Problem-Solving Skills Deficits? *Sex Roles* ; 41(112), 31-48.
- Marcotte, D., Charlebois, G. et Bélanger, M. (2004). La dépression en milieu scolaire : un phénomène peu reconnu qui interfère avec la réussite. Dans L. Deblois (dir.), *La réussite scolaire : comprendre pour mieux intervenir*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Marcotte, D., et Pronovost, J. (2005). La dépression et le suicide. Dans N. Desbiens, L. Massé, et C. Lanaris. *Les troubles du comportement à l'école. Prévention, évaluation et intervention*. Montréal : Gaëtan Morin ; p. 39-52.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., et Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence : role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful live events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* ; 10(1), 29-42.

- Marcotte, G., Marcotte, D., & Bouffard, T. (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitudes on depression and delinquency in an adolescent population. *European Journal of Psychology of Education*, 17 (4), 363-376.
- Marshall NS, Glozier N, Grunstein RR. (2008). Is sleep duration related to obesity? A critical review of the epidemiological evidence. *Sleep Med Rev*, 12: 289-298.
- Martin, G., Richardson, A. S., Bergen, H. A., Roeger, L. & Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *J. Adolesc* ; 28, 75–87.
- Martorell R, Khan L, Hughes M, Grummer-Strawn L. (1998). Obesity in Latin American women and children. *J Nutr* ; 128: 1464-73.
- Maslach, C Jackson, S.E., & Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C, Leiter, M.P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology* ; 93 (3), 498-512.
- Maslach, C, & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* ; 2, 99-113.
- Maslach, C, Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology* ; 52, 397-422.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior* ; 9(5), 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout : The cost of Caring*. Prentice-Hall ; 192 p.
- Maslach, C. Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory : manual edition*. Palo Alto CA : Consulting Psychologists Press.
- Mast M., Langnase K., Labitzke K. et al. (2002). Use BMI as measure of overweight and obesity in a field study on 5-7 year old children. *Eur J Clin Nutr* ; 41, 2 : 45- 60.
- McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Ann N Y Acad Sci*, 1032, 1-7.
- McEwen, B. S., & Sapolsky, R. M. (1995). Stress and cognitive function. *Curr Opin Neurobiol* ; 5(2), 205-216.
- Mcgee, R. & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *J. Adolesc* ; 23, 569–82.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1-2), 127-133.
- Mejean C, Traissac P, Eymard-Duvernay S, Delpuech F, Maire B. (2009). Influence of acculturation among Tunisian migrants in France and their past/present exposure to the home country on diet and physical activity. *Public Health Nutr* ; 12(6):832- 41.
- Merikangas, He, J.-P ., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National comorbidity study-adolescents supplement (NCS-

- A). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.
DOI: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Messer, B., & Harter, S. (1986). *Manual for the adult Self-Perception Profile*. Denver, CO: University of Denver.
 - Meylan, N., Doudin, P. A., Curchod-Ruedi, D., Antonietti, J. P., et Stephan, P. (2015d). Stress scolaire, soutien social et burnout à l'adolescence : quelles relations ? *Éducation et francophonie*, 43(2), 135-153.
 - Meylan, N., Doudin, P.-A., Curchod, D. & Stephan P. (2012). Fais ce que tu veux mais sois le meilleur: résultats préliminaires d'une étude sur l'épuisement scolaire des adolescents. 5ème colloque du Réseau universitaire de Psychologie du Développement et de l'éducation - RIPSYDEVE, Turin. (Poster)
 - Meylan, N., Doudin, P.-A., Curchod-Ruedi, D., & Stephan, P. (2015b). Burnout scolaire et soutien social : L'importance du soutien des parents et des enseignants. *Psychologie Française*, 60(1), 1-15.
 - Michaud, J., Bégin, H., & McDuff, P. (2004). Construction et évaluation d'un questionnaire sur l'estime de soi. Département de psychologie, Université de Montréal.
 - Millet B., Bourguignon A. (2007). Trouble obsessionnel-compulsif et spectre obsessionnel compulsif. In : Guelfi JD and F. Rouillon (eds). *Manuel de psychiatrie*. Masson. Paris ; 209-216.
 - Mouchtaq, N. Enquête épidémiologie sur la dépression majeure en médecine générale. Thèse en médecine. Casablanca 21/92.
 - Mruk, C. (1999). *Self-Esteem: Research, Theory and Practice* (ih edition). New York: Springer Publishing Company.
 - Muris, P., Meesters, C., van de Blom, W. & Mayer, B. (2005). Biological, psychological, and sociocultural correlates of body change strategies and eating problems in adolescent boys and girls. *Eat. Behav* ; 6, 11–22.
 - Must A, Jacques P, Dallal G, Bajema C, Dietz W. (1992). Long-term morbidity and mortality of overweight adolescents. A follow-up of the Havard growth study of 1922 to 1935. *N Engl J Med* ; 327: 1350-5.
 - Nairaud D. (2013). Alimentation. *Encyclopædia Universalis*. <http://www.universalis.fr/encyclopedie/carences-nutritionnelles/>, (2/02/2013).
 - Nelson M, Dick K, Holmes B. (2002). Food budget standards and dietary adequacy in lowincome families. *Proc Nutr Soc* ; 61(4):569-77.
 - Nock, M. K. et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br. J. Psychiatry* ; 192, 98–105.
 - Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A. & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol. Psychiatry* ; 15, 868–76.
 - Nolen-Hoeksema, S. et Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin* ; 155(3), 424-443.
 - Noushad, P.P. (2008). From Teacher Burnout to Student Burnout. Online Submission. ED502150 ; 16 p.

- Nunavut Report on Comparable Health Indicators. Department of Health and Social Services Government of Nunavut. (2004).
- OMS (1986). Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. WHO Bulletin ; 64: 929-41.
- OMS (1995). Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un comité d'experts, OMS Série de Rapports techniques 854. Genève, OMS ; 498 p.
- OMS (1998). Initiative mondiale de l'OMS pour la santé à l'école - aider les écoles à devenir des écoles santé. [en ligne]. [consulté le 07/06/03]. 3p.
- OMS (1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva.
- OMS (2003) . Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. Technical report series 916.
- OMS (2005). Relever les défis, trouver des solutions. Europe : Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Récupéré le 15 juin 2005 de http://www.euro.who.int/mentalhealth/Conference/2003_07181
- OMS (2007), International Agency for Research on Cancer. Attributable causes of cancer in France in the year 2000.
- OMS (2010).Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé.
- OMS (2012). Public health action for the prevention of suicide. A framework. 26p (2012). Consulté en juin 2015 sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
- OMS, (2001). Basic documents (43e éd). Geneva : World Health Organization.
- Park, H. S., Schepp, K. G., Jang, E. H. & Koo, H. Y. (2006). Predictors of suicidal ideation among High school students by gender in South Korea. J. Sch. Health ; 76, 181–8.
- Paul Poirier, MD, FRCP(C), and Jean-Pierre Despres, PhD Exercise in weightmanagement of obesity Cardiology clinics volume 19 number 3 august 2001
- Perrin AE, Dallongeville J, Ducimetiere P et al. (2005). Interactions between traditional regional determinants and socio-economic status on dietary patterns in a sample of French men. Br J Nutr ; 93(1):109-14.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., et Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. American Academy of Child Psychiatry ; 17, 49- 59.
- Pfeffer C, Normandin L, Kakuma T. (1994). Suicidal children grow up : suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry ; 33:1087-1097
- Pine, D. S. (1994). Child adult anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ; 33, 280-281.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Archives of General Psychiatry ; 55(1), 56-64. DOI: 10.1001/archpsyc.55.1.56
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. Archives of General Psychiatry ; 55(1), 56-64. DOI: 10.1001/archpsyc.55.1.56
- PNNS, (2001-2005). Ministère de la Santé et des Solidarités, 2001.

- Poirier, M., & Lafrenière, A. (2003). Perception des psychologues oeuvrant dans les PAE. *Psychologie Québec* ; 20(1), 14-16.
- Pollard J, Greenwood D, Kirk S, Cade J. (2001). Lifestyle factors affecting fruit and vegetable consumption in the UK Women's Cohort Study. *Appetite* ; 37(1):71- 9
- Popkin BM. (2001). The nutrition transition and obesity in the developing world. *J Nutr* ; 131: 871S-3S.
- Puig-Antich, J. (1987). Affective disorders in children and adolescents : Diagnostic validity and psychobiology. Dans H.Y. Meltzer (Ed.), *Psychopharmacology. The Third Generation of Progress*. New-York: Raven Press ; pp. 843-859
- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., & Todak, G. (1985a). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. I. Interpersonal relationships during the depressive episode. *Archive of General Psychiatry* ; 42, 500-507.
- Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock, J., & Todak, G. (1985b). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders. II. Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Archive of General Psychiatry* ; 42, 511-517.
- Pull Ch., Pull M.C. (2008). *Ne t'en va pas...ne me laisse pas seul! J'ai peur*. Editions Saint Paul, Luxembourg ; p. 118-127
- Quintin, I., Castetbon, K., Mennen, L., & Herberg, S. (2003). Alimentation, nutrition et cancer. Vérités, hypothèses et idées fausses. Synthèses du PNNS.
- Rafaëli, E., Bernstein, D., & Young, J. (2011). *Schema Therapy*. New York: Routledge.
- Ramirez, S. Z., Feeney-Kettler, K. A., Flores-Torres, L., Kratochwill, T. R., & Morris, R. J. (2006). Fears and anxiety disorders. Dans G. G. Bear, K. M. Minke, & A. Thomas (dir.), *Children 's needs III: Development, prevention, and intervention*. (p. 267-279). Washington, DC, US: National Association of School Psychologists.
- Rawana, J. (2013). Boys born small for gestational age may be at an increased risk of symptoms of depression and anxiety during adolescence if exposed to chronic stress. *Evid Based Ment Health* ; 16(1), 25.
- Regier D.A., RAE D.S., et al. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Br J Psychiatry Suppl* ; 34: 24-28.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., & Rae, D. S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* ; 24 Suppl ; 2, 3-14.
- Rigaud D. (2004) Comportement alimentaire de l'enfant. *Objectif Nutrition*, (71/Mars 2004), http://www.institutdanone.org/comprendre/publications/objectif_nutrition/071/dossier.php, (08-02-2010).
- Roberts, C. .M. (1999). The prevention of depression in children and adolescents. *Australian Psychologist* ; 34(1), 49-57.
- Robins L., Regier DA. (1990). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press.

- Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (1998). Adolescents' Perceptions of Middle School : Relation to Longitudinal Changes in Academic and Psychological Adjustment. *Journal on Research on Adolescence* ; 8(1), 123-158.
- Rolland-Cachera M.F. (1996). Le rôle de la nutrition intra-utérine et du jeune enfant sur le développement. In : Desjeux J.F., Hercberg S. *La nutrition humaine ; La recherche au service de la science. Dossiers documentaires, INSERM/NATHAN* ; 99-105 (207 p.).
- Rolland-Cachera M.F., Cole T.J., Sempé M. et al. (1991). Body Mass Index variations - centiles from birth to 87 years. *Eur J Clin Nutr* ; 45 : 13-21.
- Rolland-Cachera M.F., Deheeger M., Akrouf M., et al. (1995). Influence of macronutrients on adiposity development : a follow up study of nutrition and growth from 10 months to 8 years of age. *Int J Obes Relat Metab Disord* ; 19 : 573-8.
- Rolland-Cachera M.F., Sempe M., Guilloud-Bataille M. et al. (1982). Adiposity indices in children. *Am J Clin Nutr*, 36 : 178-84.
- Roos G, Johansson L, Kasmel A, Klumbiene J, Prattala R. (2001). Disparities in vegetable and fruit consumption: European cases from the north to the south. *Public Health Nutr* ; 4(1):35-43.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Rosenberg, M., 1979. *Conceiving the self*. Basic Books, New York.
- Routier A. (1991). Le stress, Rappel du concept. *Archives de Maladies Professionnelles* ; 52:254.
- Rusinek, P. (2006). *Soigner les schémas de pensée: une approche de la restructuration cognitive*. Paris: Dunod
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* ; 57(6), 1069-1081.
- Salmela-Aro, K. (2011). Le burnout des élèves. In D. Curchod-Ruedi, P.-A.
- Salmela-Aro, K., Kiuru, N., Leskinen E. & Nurmi J.-E. (2009). School Burnout Inventory (SBI) : Reliability and Validity. *European Journal of Psychological Assessment* ; 25(1), 48-57.
- Salmela-Aro, K., Kiuru, N., Pietikäinen M. & Jokela J. (2008). Does School Matter : The Role of School Context in Adolescents' School Related Burnout. *European Psychologist* ; 13(1), 12-23.
- Salmela-Aro, K., Savolainen, H. & Holopainen L. (2009). Depressive Symptoms and School Burnout During Adolescence : Evidence from Two Cross-lagged Studies. *Journal of Youth and Adolescence* ; 38, 1316-1327.
- Schaufeli, W.B., Martinez, I.M., Marques Pinto, A., Salanova, M., «fe Bakker, A.B. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology* ; 33 (5), 464-481.
- Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schema: Construct in cognitive model of depression. *Psychological Bulletin* ; 103, 147-162.

- Segerstrom SC, Miller GE. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull* ;130, 601–630.
- Selye H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* ; 32:138-139.
- Selye H. (1950). *The physiology and pathology of exposure to stress: a treatise on the concepts of the general-adaptation-syndrome and the diseases of adaptation.* Acta. Inc. Medical.
- Selye, H. (1962), *Le stress de la vie*, Paris, Éditions Gallimard.
- Selye, H. (1974), *Stress sans détresse.* Montréal, Les Éditions La Presse.
- Servant D., Goudemand M. (2007). Anxiété généralisée. In: Guelfi JD and F. Rouillon (eds). *Manuel de psychiatrie.* Masson. Paris ; 193-197.
- Servant. (2005). *Gestion du stress et de l'anxiété.* Editions Masson.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., et Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry* ; 53, 339–348.
- Shaham Y, Erb S, Stewart J. (2000). Stress-induced relapse to heroin and cocaine seeking in rats. A review. *Brain Res Rev* 3 ; 3, 13-33.
- Sharaf, A. Y., Thompson, E. A. & Walsh, E. (2009). Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs.* 22, 160– 8.
- Shaw P, Kabani NJ, Lerch JP et al. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *J Neurosci*,;28:3586-3594.
- Shekhar, A., Truitt, W., Rainnie, D., & Sajdyk, T. (2005). Role of stress, corticotrophin releasing factor (CRF) and amygdala plasticity in chronic anxiety. *Stress* ; 8(4), 209-219.
- Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. Quick, James Campbell (Ed.); Tetrick, Lois E. (Ed.). (2003). *Handbook of occupational health psychology*, (pp. 245-264). Washington, DC, US: American Psychological Association, xvii ; 475 pp.
- Shmotkin, D. (1998). Declarative and differential aspects of subjective well-being and its implications for mental health in later life. Dans J. Lompanz (Éd.), *Handbook of aging and mental health : An integrative approach* (pp. 15-43) New York : Plenum Press.
- Sinha R, Catapano D, O'Mally S. (1999). Stress-induced craving and stress responses in cocaine dependent individuals. *Psychopharmacology* ; 142, 343-351.
- Smith GD, Brunner E. (1997). Socio-economic differentials in health: the role of nutrition. *Proc Nutr Soc*;56(1A):75-90.
- Smucker, M. R., Craighead, W. E., Craighead, L. W., et Green, B. J. (1986). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Child Psychology* ; 14, 25-39.
- Soares, A. (2004) .Un salarié de la CSQ sur trois est en situation à risque d'épuisement professionnel au travail. Département organisation et ressources humaines de l'École de gestion, UQAM, Montréal.
- Sowislo, J. F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol. Bull* ; 139, 213–40.

- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. (1970). The State-trait Anxiety Inventory (STAI) test manual form X. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Stark, K. D. (1990). Childhood depression : School-based intervention. New York : Guildford Press.
- Steinhauer PD. (1996). *Le moindre mal*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Steptoe A. (2000). Stress effects, overview. Encyclopedia of stress 3, 510-411. George Fink, Academic press. USA.
- Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *Am J Psychiatry* ; 169(1):47-54.
- Taris, T.W., Le Blanc P.M., Schaufeli W.B. et Schreurs P.J.G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory ? A review and two longitudinal tests. *Work and stress*, 19(3) ; p. 238-255.
- Thapar A. , Collishaw S. , Pine DS. , Thapar AK. (2012). "Depression in adolescence". *Lancet*, 17 ; 379(9820):1056-67
- Thompson JL (1998). Energy balance in young athletes. *International Journal of Sport Nutrition and Metabolism*, 8, 160-174.
- Tissot, S. (1991). De la santé des gens de lettre. Ayssènes : Alexitère.
- Tobias Pischon*, Ute Nöthlings and Heiner Boeing Department of Epidemiology, German Institute of Human Nutrition Potsdam-Rehbruecke, 14558 Nuthetal, Germany Symposium on 'Diet and cancer' Obesity and cancer. Proceedings of the Nutrition Society (2008).
- Toselli S., Graziani I., Taraborelli T. J. et al. (1997). Body composition and blood pressures in school children 6-14 years of age. *Am J Hum Biol* ; 9 : 535-44.
- Tounian P, Girardet J. (2001). L'obésité de l'enfant : une maladie qui met en jeu le pronostic vital. *Arch Pediatr* ; 8: 7-10.
- Tully EC, Iacono WG, McGue M "An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders" *Am J Psychiatry*, 2008 Sep • 165(9):1148-54
- Turrell G, Hewitt B, Patterson C, Oldenburg B. (2003). Measuring socio-economic position in dietary research: is choice of socio-economic indicator important? *Public Health Nutr* ; 6(2):191-200.
- Twenge, J. M. et Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory. *Journal of Abnormal Psychology* ; 111, 578-588.
- Uauy R, Albala C, Kain J. (2001). Obesity trends in Latin America: transiting from under- to overweight. *J Nutr* ; 131: 893S-9S.
- Van Dijken HH, Mos J, van der Heyden JA, Tilders FJ. (1992). Characterization of stress-induced long-term behavioural changes in rats: Evidence in favor of anxiety. *Physiol Behav* ; 52 (5), 945-951.
- Veil, C. (1959). Primum non nocere. Les états d'épuisement. *Le Concours Médical*.

- Villeneuve, J.-P. (1991). Le cadre de travail et le degré d'épuisement chez les intervenants sociaux en Gaspésie. Mémoire en service social, Université Laval ; 139p.
- Wade, T. J., Cairney, J. et Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence : National Panel results from three countries. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry* ; 41, 190-198.
- Waite, P., McManus, F. & Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: a preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* ; 43, 1049–57.
- Wardman D, Quantz D. An exploratory study of binge drinking in the Aboriginal population. *Am Indian Aisk Native Ment Health Res* ~005;12:49-61.
- Waterlow J.C. (1994). Causes and mechanisms of linear growth retardation. *Eur J Clin Nutr*, 48 (Suppl.1), S1-S4.
- Waterlow J.C., Buzina R., Keller W. et al. (1977). The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years. *Bulletin of WHO* ; 55, 4: 489-98.
- Watkins, H. (2009). *Body image*. Farmington Hill, Michigan: Greenhaven Press.
- Watson, D., & Kendall, P. C. (1989). Common and Differentiating Features of Anxiety and Depression: Current Findings and Future Directions. In P. C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression : Distinctive and Overlapping Features* (pp. 493-508). San Diego: Academic Press, Inc.
- Weissman MM, Bland R, Canino G, Greenwald S, Hwu H, Joyce P, Karam E, Lee C, Lellouch J, Lepine J, Newman S, Rubio-Stipec M, Wells J, Wickramaratne P, Wittchen H, Yeh E. (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, 29 :9-17.
- White, R. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. - *Psychological review* ; 66, 297-330.
- White, R. (1963). Ego and reality in psychoanalytic theory: A proposal regarding independent ego energies. *Psychological Issues*, 3, 125-150.
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence : The role of intensified gender socialisation. *Developmental psychology* ; 35(1), 232-245.
- Witteborg, K. M., Lowe, P. A., & Lee, S. W. (2009). Examination of the relationship among different dimensions of trait anxiety, demographic variables, and self-reported school adjustment in elementary and secondary school students. *Journal of Applied School Psychology* ; 25(1), 28-46. DOI: 10.1080/153 77900802484141.
- Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* ; 40(9), 1086-1093. DOI: 10.1097/00004583-200109000-00018.
- World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research (2007). *Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer. A global perspective*.
- Yang, H., & Farn, C.K. (2005). An investigation the factors affecting MIS student burnout in technical-vocational college. *Computers in Human Behavior* ; 21 (6), 917-932.
- Yao, Y.-S. et al. (2014). Life satisfaction, coping, self-esteem and suicide ideation in Chinese adolescents: a school-based study. *Child. Care. Health Dev* ; 40, 747–52.

- Young TK, Moffatt ME, O'Neil JD. (1993). Cardiovascular diseases in a Canadian Arctic population. *Am J Public Health* ; 83:881-7.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy. A practitioner's guide*. New-York, NY: The Guilford Press.
- Young, J.E., Klosko, I.S ., & Weishaar, M.E. (2005). *La thérapie des schemas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck, Traduction française de Blaise Pascal
- Zagré N, Nebie L, Niakara A. (2001). Obésité, facteurs sociaux et style de vie en milieu urbain Ouest Africain : Étude prospective en population. *Med Nutr* ; 37 : 178-85.
- Zakari S., Walburg V., Chabrol H. (2008). Étude du phénomène d'épuisement scolaire, de la dépression et des idées de suicide chez des lycéens français. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* ; 18:113-118
- Zakari, S., Walburg, V. & Chabrol, H. (2011). Stress et sentiment d'épuisement scolaire chez les lycéens français. In D. Curchod-Ruedi, P.-A.
- Zhang, Y., Gan, Y., & Cham, H. (2007). Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Personality and Individual Differences* ; 43 (6), 1529-1540.

- Liste des tableaux

Tableau 1 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au petit déjeuner----	60
Tableau 2 : Moyenne des fréquences de consommation hebdomadaire au déjeuner -----	61
Tableau 3 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au diner -----	62
Tableau 4 : Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au goûter-----	62
Tableau 5 : Fréquence journalière des repas selon le sexe-----	63
Tableau 6 : Fréquence de saut du petit déjeuner selon le sexe -----	64
Tableau 7 : Prise de reps de type Fast-food en fonction du genre -----	65
Tableau 8 : Répartition de la pratique du sport scolaire selon le sexe -----	73
Tableau 9 : Répartition de la pratique du sport extrascolaire selon le sexe -----	73
Tableau 10 : Distribution des moyennes des scores du "Burnout scolaire" -----	80
Tableau 11 : Prévalence du Burnout scolaire selon le niveau d'épuisement-----	81
Tableau 12 : Distribution du niveau d'épuisement selon le sexe. -----	81
Tableau 13 : Comparaison des scores du Burnout scolaire selon le niveau scolaire-----	82
Tableau 14 : Comparaison des scores du Burnout scolaire selon le niveau scolaire-----	82
Tableau 15 : Prévalence du Burnout scolaire selon les trois dimensions-----	84
Tableau 16 : Prévalence du Burnout selon le nombre de dimensions atteintes -----	85
Tableau 17 : Prévalence des idées suicidaires chez les élèves -----	85
Tableau 18 : Raisons des idées suicidaires chez les élèves -----	86
Tableau 19 : Prévalence des tentatives de suicide chez les élèves-----	86
Tableau 20 : Pourcentage des élèves n'ayant reçu aucun soutien -----	86
Tableau 21 : Comparaison des scores des indices de santé mentale selon le sexe -----	88
Tableau 22 : Moyennes des indices de santé mentale selon la perception de l'image corporelle ----	89
Tableau 23 : Moyennes des indices de santé mentale selon la survenue des idées suicidaires-----	90
Tableau 24 : Moyennes des indices de santé mentale selon les tentatives de suicide-----	91
Tableau 25 : Comparaison des moyennes des indices de santé mentale en fonction de la performance scolaire -----	93
Tableau 26 : Comparaison des scores de l'estime de soi selon l'IMC -----	94
Tableau 27 : Moyennes des schémas précoces des élèves -----	95
Tableau 28 : Comparaison de la moyenne du schéma « Attachement » aux autres schémas précoces -----	96
Tableau 29 : Comparaison de la moyenne du schéma « sens moral implacable » aux autres schémas précoces -----	96
Tableau 30 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du genre -----	97
Tableau 31 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du niveau scolaire-----	99
Tableau 32 : Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction de la performance scolaire ---	101
Tableau 33 : Corrélacion entre schémas précoces et âge -----	102
Tableau 34 : Corrélacion entre schéma précoces et anxiété-----	102

Liste des figures

Figure 1 :Répartition géographique des participants à l'enquête	50
Figure 2 :Répartition des participants selon le genre	51
Figure 3 :Répartition des élèves selon le niveau scolaire	51
Figure 4 :Répartition des élèves selon la performance scolaire	52
Figure 5 :Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au petit déjeuner	61
Figure 6 :Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au déjeuner	61
Figure 7 :Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au dîner	62
Figure 8 :Moyennes des fréquences de consommation hebdomadaire au goûter	63
Figure 9 :Distribution de la fréquence journalière des repas en fonction du genre	64
Figure 10 :Fréquence de saut du petit déjeuner selon le sexe	65
Figure 11 :Prise de repas de type Fast-food en fonction du genre	66
Figure 12 :Répartition des préférences de goût chez les lycéens de la région de Béni Mellal	66
Figure 13 :Répartition des fréquences d'ajout du sel aux repas chez les lycéens de la région de Béni Mellal	67
Figure 14 :Répartition du revenu des ménages chez les lycéens de la région de Béni Mellal	67
Figure 15 :Répartition de l'estimation du climat familial chez les lycéens de la région de Béni Mellal	68
Figure 16 :Distribution de la corpulence des lycées de la région de Béni Mellal	69
Figure 17 :Distribution de la corpulence des filles	69
Figure 18 :Distribution de la corpulence des garçons	70
Figure 19 :Comparaison de la distribution de la corpulence en fonction du genre des élèves	70
Figure 20 :Répartition des problèmes de santé	71
Figure 21 :Prévalence du port des lunettes	71
Figure 22 :Répartition du nettoyage des dents	72
Figure 23 :Répartition de l'exposition à la fumée des cigarettes	72
Figure 24 :Répartition de la pratique du sport scolaire selon le sexe	73

Figure 25 :Répartition de la pratique du sport extrascolaire selon le sexe	74
Figure 26 :Distribution de la fréquence de la pratique du sport extrascolaire	74
Figure 27 :Répartition de la durée de sommeil chez les lycéens de la région de Béni Mellal	75
Figure 28 :Distribution de la durée de sommeil selon le sexe	75
Figure 29 :Répartition du temps consacré pour la télévision selon le sexe	76
Figure 30 :Répartition du temps consacré pour l'ordinateur selon le sexe	76
Figure 31 :Répartition du temps consacré pour le téléphone portable selon le sexe	77
Figure 32 :Prévalence de l'estime de soi chez les lycéens de la région de Béni Mellal	78
Figure 33 :Prévalence de l'anxiété chez les lycéens de la région de Béni Mellal	79
Figure 34 :Prévalence stress psychologique chez les lycéens de la région de Béni Mellal	79
Figure 35 :Prévalence de la dépression chez les lycéens de la région de Béni Mellal	80
Figure 36 :Comparaison des scores du "Burnout" scolaire selon le niveau scolaire	83
Figure 37 :Répartition des élèves selon leur adoption des heures supplémentaires	83
Figure 38 :Répartition ces élèves souhaitant bénéficier des heures supplémentaires pendant le deuxième semestre	84
Figure 39 :Comparaison des scores du Burnout selon le genre	Erreur ! Signet non défini.
Figure 40 :Comparaison des scores des indices de santé mentale selon le sexe	88
Figure 41 :Moyennes des indices de santé mentale selon la perception de l'image corporelle	89
Figure 42 :Moyennes des indices de santé mentale selon la survenue des idées suicidaires	91
Figure 43 :Moyennes des indices de santé mentale selon les tentatives de suicide	92
Figure 44 :Comparaison des moyennes des indices de santé mentale en fonction de la performance scolaire	93
Figure 45 :Comparaison des scores de l'estime de soi selon l'IMC	94
Figure 46 :Comparaison entre la perception de l'image corporelle et l'IMC	94
Figure 47 :Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du genre	98
Figure 48 :Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction du niveau scolaire	100
Figure 49 :Comparaison des moyennes des schémas précoces en fonction de la performance scolaire	101

Résumé :

Le travail de thèse présenté ici s'intéresse à l'estimation de l'état de santé mentale, hygiène de vie et schémas précoces inadaptés chez des lycéens de la région de Béni Mellal au Maroc. Il s'agit de la première étude dans la région à estimer la prévalence de certains troubles mentaux au sein d'une population d'élèves, et de décrire quelques habitudes de vie susceptibles d'altérer le parcours scolaires de ces adolescents tout en creusant dans les origines de problèmes psychologiques par le biais de l'étude des schémas précoces inadaptés.

Cette étude a été menée auprès de 2296 lycéens de la Région de Béni Mellal au centre du Maroc, fréquentant des établissements scolaires publics. Les participants ont été invités à compléter une version papier des questionnaires après que les objectifs de l'étude aient été présentés et que les élèves aient été informés du caractère volontaire et anonyme de leur participation.

Les résultats ont montré que la prévalence de quelques indices de santé mentale était élevée (faible estime de soi (70,5%) ; Anxiété extrême (37%) ; stress élevé (21,5%) ; dépression (29,5%)), et que les risques suicidaires représentent un problème sérieux qui nécessite une vigilance de la part des responsables de l'éducation et ceux de la santé.

Les résultats du Burnout scolaire ont montré que le taux est élevé et contribue à la baisse de la performance scolaire.

L'étude n'a pas soulevé de problèmes majeurs au niveau des habitudes de vie, mais prévient de quelques mauvaises habitudes qui s'installent progressivement et qui peuvent être nocifs à la vie scolaire dans l'avenir.

Mais en ce qui concerne les schémas précoces, les schémas « attachement » et « sens moral implacable » étaient les plus activés.

En conclusion, la santé mentale doit être une des priorités de l'éducation dans cette région à côté de la promotion d'un mode de vie sain pour réduire les risques liés à la santé et à la réussite scolaire des élèves.

Mots-clés : Santé mentale ; mode de vie ; habitudes alimentaires ; Burnout scolaire ; schémas précoces inadaptés ; Estime de soi ; dépression ; anxiété ; stress ; risque suicidaire.