

**UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PAHRMACIE - RABAT-**  
**ANNEE : 2017** **THESE N° : 286**

**HYGIENE DE VIE ET ETAT DE SANTE DES  
COLLEGIENS : ENQUÊTE AU NIVEAU D'UN  
ETABLISSEMENT DE LA VILLE DE KENITRA.  
(A PROPOS DE 1008 CAS)**

**THÈSE**

*Présentée et soutenue publiquement le :.....*

**PAR**

**Mlle. IHSSANE BEJJA**

**Née le 01 septembre 1990 à Kenitra**

**Pour l'obtention du Doctorat en Médecine**

**Mots Clés : Hygiène de vie – Santé- enquête - Collégiens –Kenitra.**

**JURY**

**Mme MDAGHRI ALAOUI ASMAA**

Professeur de Pédiatrie

**PRESIDENT**

**Mme KABIRI MERYEM**

Professeur de Pédiatrie

**RAPPORTEUR**

**Mme AMAL THIMO IZGUA**

Professeur de Pédiatrie

**Mme HASSANI AMALE**

Professeur agrégée de Pédiatrie

**JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 32

صِدْقَ اللَّهِ الْعَظِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOU  
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI  
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



**ADMINISTRATION :**

**Doyen** : Professeur Mohamed ADNAOUI  
**Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. Mohamed KARRA

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS  
ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Décembre 1984**

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <b><i>Clinique Royale</i></b>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

**Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENSAID Younes	Pathologie Chirurgicale
--------------------	-------------------------

**Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. CHAHED OUAZZANI Houria	Gastro-Entérologie
Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
Pr. YAHYAOUI Mohamed	Neurologie

**Décembre 1988**

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib	Chirurgie Pédiatrique
---------------------------------	-----------------------

Pr. DAFIRI Rachida

Radiologie

**Décembre 1989**

Pr. ADNANOUI Mohamed

Pr. CHAD Bouziane

Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**

Pathologie Chirurgicale

Neurologie

**Janvier et Novembre 1990**

Pr. CHKOFF Rachid

Pr. HACHIM Mohammed\*

Pr. KHARBACH Aïcha

Pr. MANSOURI Fatima

Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale

Médecine-Interne

Gynécologie -Obstétrique

Anatomie-Pathologique

Anesthésie Réanimation

**Février Avril Juillet et Décembre 1991**

Pr. AL HAMANY Zaïtounia

Pr. AZZOUI Abderrahim

Pr. BAYAHIA Rabéa

Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif

Pr. BENSOUA Yahia

Pr. BERRAHO Amina

Pr. BEZZAD Rachid

Pr. CHABRAOUI Layachi

Pr. CHERRAH Yahia

Pr. CHOKAIRI Omar

Pr. KHATTAB Mohamed

Pr. SOULAYMANI Rachida

Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

Anatomie-Pathologique

Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**

Néphrologie

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Pharmacie galénique

Ophtalmologie

Gynécologie Obstétrique

Biochimie et Chimie

Pharmacologie

Histologie Embryologie

Pédiatrie

Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**

**V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**



**Décembre 1992**

Pr. AHALLAT Mohamed

Pr. BENSOUA Adil

Pr. BOUJIDA Mohamed Najib

Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza

Pr. CHRAIBI Chafiq

Pr. DEHAYNI Mohamed\*

Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Pr. FELLAT Rokaya

Pr. GHAFIR Driss\*

Pr. JIDDANE Mohamed

Pr. TAGHY Ahmed

Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Gastro-Entérologie

Gynécologie Obstétrique

Gynécologie Obstétrique

Neurochirurgie

Cardiologie

Médecine Interne

Anatomie

Chirurgie Générale

Microbiologie



### Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine Radiothérapie  
Pr. BEN RAIS Nozha Biophysique  
Pr. CAOUI Malika Biophysique  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid Endocrinologie et Maladies Métaboliques

### Doyen de la FMPA

Pr. EL AMRANI Sabah Gynécologie Obstétrique  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed Traumato-Orthopédie  
Pr. EL HASSANI My Rachid Radiologie  
Pr. ERROUGANI Abdelkader Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**  
Pr. ESSAKALI Malika Immunologie  
Pr. ETTAYEBI Fouad Chirurgie Pédiatrique  
Pr. HADRI Larbi\* Médecine Interne  
Pr. HASSAM Badredine Dermatologie  
Pr. IFRINE Lahssan Chirurgie Générale  
Pr. JELTHI Ahmed Anatomie Pathologique  
Pr. MAHFOUD Mustapha Traumatologie – Orthopédie  
Pr. RHRAB Brahim Gynécologie – Obstétrique  
Pr. SENOUCI Karima Dermatologie

### Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed\* Urologie  
Pr. ABDELHAK M'barek Chirurgie – Pédiatrique  
Pr. BELAIDI Halima Neurologie  
Pr. BENTAHILA Abdelali Pédiatrie  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali Gynécologie – Obstétrique  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh Traumatologie – Orthopédie  
Pr. CHAMI Ilham Radiologie  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae Ophtalmologie  
Pr. JALIL Abdelouahed Chirurgie Générale  
Pr. LAKHDAR Amina Gynécologie Obstétrique  
Pr. MOUANE Nezha Pédiatrie

### Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane Réanimation Médicale  
Pr. AMRAOUI Mohamed Chirurgie Générale  
Pr. BAIDADA Abdelaziz Gynécologie Obstétrique  
Pr. BARGACH Samir Gynécologie Obstétrique  
Pr. CHAARI Jilali\* Médecine Interne  
Pr. DIMOU M'barek\* Anesthésie Réanimation  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\* Anesthésie Réanimation  
Pr. EL MESNAOUI Abbes Chirurgie Générale  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila Oto-Rhino-Laryngologie  
Pr. HDA Abdelhamid\* Cardiologie - **Directeur HMI Med V**  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed Urologie



Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie



### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

### **Novembre 1998**

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*

Gastro-Entérologie  
Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Hématologie  
Cardiologie

### **Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd  
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale

Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. ISMAILI Hassane\*  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

### Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed

Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

### Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH\*

### Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*

Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Traumatologie Orthopédie- Dir. Hop. Av. Marr.  
Anesthésie-Réanimation Inspecteur du SSM  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

Neurologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie Directeur Hop. Chekikh Zaied  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Neurologie

ORL

Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie Directeur. Hop.d'Enfants  
Neuro-Chirurgie



Pr. HRORA Abdelmalek  
 Pr. KABBAJ Saad  
 Pr. KABIRI EL Hassane\*  
 Pr. LAMRANI Moulay Omar  
 Pr. LEKEHAL Brahim  
 Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
 Pr. MEDARHRI Jalil  
 Pr. MIKDAME Mohammed\*  
 Pr. MOHSINE Raouf  
 Pr. NOUINI Yassine  
 Pr. SABBAH Farid  
 Pr. SEFIANI Yasser  
 Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Chirurgie Générale  
 Anesthésie-Réanimation  
 Chirurgie Thoracique  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Médecine Interne  
 Chirurgie Générale  
 Hématologie Clinique  
 Chirurgie Générale  
 Urologie ***Directeur Hôpital Ibn Sina***  
 Chirurgie Générale  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Pédiatrie

### Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
 Pr. AMEUR Ahmed \*  
 Pr. AMRI Rachida  
 Pr. AOURARH Aziz\*  
 Pr. BAMOU Youssef \*  
 Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
 Pr. BENZEKRI Laila  
 Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
 Pr. BERNOUSSI Zakiya  
 Pr. BICHA Mohamed Zakariya\*  
 Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
 Pr. CHKIRATE Bouchra  
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
 Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
 Pr. HAJJI Zakia  
 Pr. IKEN Ali  
 Pr. JAAFAR Abdeloihab\*  
 Pr. KRIOUILE Yamina  
 Pr. LAGHMARI Mina  
 Pr. MABROUK Hfid\*  
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
 Pr. OUJILAL Abdelilah  
 Pr. RACHID Khalid \*  
 Pr. RAISS Mohamed  
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
 Pr. RHOU Hakima  
 Pr. SIAH Samir \*  
 Pr. THIMOU Amal

Anatomie Pathologique  
 Urologie  
 Cardiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Biochimie-Chimie  
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
 Dermatologie  
 Gastro-Entérologie  
 Anatomie Pathologique  
 Psychiatrie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Dermatologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Ophtalmologie  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Pédiatrie  
 Ophtalmologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Générale  
 Pneumophtisiologie  
 Néphrologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Pédiatrie



Pr. ZENTAR Aziz\*

**Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*  
Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

**Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad

Chirurgie Générale

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Ophtalmologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie



Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie (mise en disponibilité)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique

Pr. ZERAIDI Najia

Gynécologie Obstétrique

**Décembre 2005**

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

**Avril 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Said\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio – Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo – Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo – Phtisiologie

**Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
Pr. AMHAJJI Larbi\*  
Pr. AOUI Sarra  
Pr. BAITE Abdelouahed\*  
Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
Pr. BENZIANE Hamid\*

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie cardio vasculaire  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**  
Biochimie-chimie  
Pharmacie clinique





Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
 Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
 Pr. ELABSI Mohamed  
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 Pr. EL OMARI Fatima  
 Pr. GHARIB Noureddine  
 Pr. HADADI Khalid\*  
 Pr. ICHOU Mohamed\*  
 Pr. ISMAILI Nadia  
 Pr. KEBDANI Tayeb  
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
 Pr. LOUZI Lhoussain\*  
 Pr. MADANI Naoufel  
 Pr. MAHI Mohamed\*  
 Pr. MARC Karima  
 Pr. MASRAR Azlarab  
 Pr. MRABET Mustapha\*  
 Pr. MRANI Saad\*  
 Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 Pr. RABHI Monsef\*  
 Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
 Pr. SEFFAR Myriame  
 Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
 Pr. SIFAT Hassan\*  
 Pr. TABERKANET Mustafa\*  
 Pr. TACHFOUTI Samira  
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 Pr. TANANE Mansour\*  
 Pr. TLIGUI Houssain  
 Pr. TOUATI Zakia  
**Décembre 2007**  
 Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

### **Décembre 2008**

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
 Pr TAHIRI My El Hassan\*  
**Mars 2009**  
 Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
 Pr. AGDR Aomar\*  
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
 Pr. AKHADDAR Ali\*  
 Pr. ALLALI Nazik

Ophtalmologie  
 Pharmacie galénique  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Anesthésie réanimation  
 Psychiatrie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Radiothérapie  
 Oncologie médicale  
 Dermatologie  
 Radiothérapie  
 Anesthésie réanimation  
 Microbiologie  
 Réanimation médicale  
 Radiologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Hématologique  
 Médecine préventive santé publique et hygiène  
 Virologie  
 Biochimie-chimie  
 Médecine interne  
 Radiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Radiothérapie  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Cardiologie  
  
 Ophtalmologie



Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale  
  
 Médecine interne  
 Pédiatre  
 Chirurgie Générale  
 Neurologie  
 Neuro-chirurgie  
 Radiologie

Pr. AMINE Bouchra  
 Pr. ARKHA Yassir  
 Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
 Pr. BJIJOU Younes  
 Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
 Pr. BOUI Mohammed\*  
 Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
 Pr. CHAKOUR Mohammed \*  
 Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
 Pr. DOGHMI Kamal\*  
 Pr. EL MALKI Hadj Omar  
 Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
 Pr. ENNIBI Khalid\*  
 Pr. FATHI Khalid  
 Pr. HASSIKOU Hasna \*  
 Pr. KABBAJ Nawal  
 Pr. KABIRI Meryem  
 Pr. KARBOUBI Lamya  
 Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
 Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
 Pr. MARMADE Lahcen  
 Pr. MESKINI Toufik  
 Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
 Pr. MSSROURI Rahal  
 Pr. NASSAR Ittimade  
 Pr. OUKERRAJ Latifa  
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*

**PROFESSEURS AGREGES :**  
**Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
 Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
 Pr. BELAGUID Abdelaziz  
 Pr. BOUAITY Brahim\*  
 Pr. CHADLI Mariama\*  
 Pr. CHEMSI Mohamed\*  
 Pr. DAMI Abdellah\*  
 Pr. DARBI Abdellatif\*  
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
 Pr. EL HAFIDI Naima  
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
 Pr. EL MAZOUZ Samir  
 Pr. EL SAYEGH Hachem  
 Pr. ERRABIH Ikram

Rhumatologie  
 Neuro-chirurgie  
 Anesthésie Réanimation  
 Anatomie  
 Biochimie-chimie  
 Dermatologie  
 Chirurgie Générale  
 Traumatologie orthopédique  
 Hématologie biologique  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Hématologie clinique  
 Chirurgie Générale  
 Microbiologie  
 Médecine interne  
 Gynécologie obstétrique  
 Rhumatologie  
 Gastro-entérologie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**  
 Chimie Thérapeutique  
 Chirurgie Cardio-vasculaire  
 Pédiatrie  
 Hématologie biologique  
 Chirurgie Générale  
 Radiologie  
 Cardiologie  
 Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation  
 Médecine interne  
 Physiologie  
 ORL  
 Microbiologie  
 Médecine aéronautique  
 Biochimie chimie  
 Radiologie  
 Chirurgie pédiatrique  
 Pédiatrie  
 Radiologie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Urologie  
 Gastro entérologie

Pr. LAMALMI Najat  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anatomie pathologique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie  
Anatomie pathologique

### Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. RAISSOUNI Maha\*

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie pathologique  
Psychiatrie  
Cardiologie



### Février 2013

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOUR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
0.  
Pr. BENSGHIR Mustapha\*  
Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
Pr. CHAIB Ali\*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha\*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare

Pharmacologie – Chimie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie  
Informatique Pharmaceutique  
  
Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Neuro-Chirurgie

Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
 Pr. EL HARTI Jaouad  
 Pr. EL JOUDI Rachid\*  
 Pr. EL KABABRI Maria  
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
 Pr. EL KHLOUFI Samir  
 Pr. EL KORAICHI Alae  
 Pr. EN-NOUALI Hassane\*  
 Pr. ERRGUIG Laila  
 Pr. FIKRI Meryim  
 Pr. GHFIR Imade  
 Pr. IMANE Zineb  
 Pr. IRAQI Hind  
 Pr. KABBAJ Hakima  
 Pr. KADIRI Mohamed\*  
 Pr. LATIB Rachida  
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra  
 Pr. MEDDAH Bouchra  
 Pr. MELHAOUI Adyl  
 Pr. MRABTI Hind  
 Pr. NEJJARI Rachid  
 Pr. OUBEJJA Houda  
 Pr. OUKABLI Mohamed\*  
 Pr. RAHALI Younes  
 Pr. RATBI Ilham  
 Pr. RAHMANI Mounia  
 Pr. REDA Karim\*  
 Pr. REGRAGUI Wafa  
 Pr. RKAIN Hanan  
 Pr. ROSTOM Samira  
 Pr. ROUAS Lamiaa  
 Pr. ROUIBAA Fedoua\*  
 Pr. SALIHOUN Mouna  
 Pr. SAYAH Rochde  
 Pr. SEDDIK Hassan\*  
 Pr. ZERHOUNI Hicham  
 Pr. ZINE Ali\*

Médecine Nucléaire  
 Chimie Thérapeutique  
 Toxicologie  
 Pédiatrie  
 Anatomie Pathologie  
 Anatomie  
 Anesthésie Réanimation  
 Radiologie  
 Physiologie  
 Radiologie  
 Médecine Nucléaire  
 Pédiatrie  
 Endocrinologie et maladies métaboliques  
 Microbiologie  
 Psychiatrie  
 Radiologie  
 Médecine Interne  
 Pharmacologie  
 Neuro-chirurgie  
 Oncologie Médicale  
 Pharmacognosie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Anatomie Pathologique  
 Pharmacie Galénique  
 Génétique  
 Neurologie  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Physiologie  
 Rhumatologie  
 Anatomie Pathologique  
 Gastro-Entérologie  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Cardio-Vasculaire  
 Gastro-Entérologie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Traumatologie Orthopédie



### **Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim\*  
 Pr. GHOUNDALE Omar\*  
 Pr. ZYANI Mohammad\*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Urologie  
 Médecine Interne

**\*Enseignants Militaires**

**MARS 2014**

ACHIR ABDELLAH  
BENCHAKROUN MOHAMMED  
BOUCHIKH MOHAMMED  
EL KABBAJ DRISS  
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA  
HARDIZI HOUYAM  
HASSANI AMALE  
HERRAK LAILA  
JANANE ABDELLA TIF  
JEAIDI ANASS  
KOUACH JAOUAD  
LEMNOUER ABDELHAY  
MAKRAM SANAA  
OULAHYANE RACHID  
RHISSASSI MOHAMED JMFAR  
SABRY MOHAMED  
SEKKACH YOUSSEF  
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

**\*Enseignants Militaires**

**DECEMBRE 2014**

ABILKACEM RACHID'  
AIT BOUGHIMA FADILA  
BEKKALI HICHAM  
BENAZZOU SALMA  
BOUABDELLAH MOUNYA  
BOUCHRIK MOURAD  
DERRAJI SOUFIANE  
DOBLALI TAOUFIK  
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI  
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM  
EL MARJANY MOHAMMED  
FEJJAL NAWFAL  
JAHIDI MOHAMED  
LAKHAL ZOUHAIR  
OUDGHIRI NEZHA  
Rami Mohamed  
SABIR MARIA  
SBAI IDRISSE KARIM

**\*Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique  
Traumatologie- Orthopédie  
Chirurgie Thoracique  
Néphrologie  
Biochimie-Chimie  
Histologie- Embryologie-Cytogénétique  
Pédiatrie  
Pneumologie  
Urologie  
Hématologie Biologique  
Génécologie-Obstétrique  
Microbiologie  
Pharmacologie  
Chirurgie Pédiatrique  
CCV  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Génécologie-Obstétrique



Pédiatrie  
Médecine Légale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
Biochimie-Chimie  
Parasitologie  
Pharmacie Clinique  
Microbiologie  
Anatomie  
Anesthésie-Réanimation  
Radiothérapie  
Chirurgie Réparatrice et Plastique  
O.R.L  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Psychiatrie  
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

## AOUT 2015

Meziane meryem  
Tahri latifa

Dermatologie  
Rhumatologie

## JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE  
EL ASRI FOUAD  
ERRAMI NOUREDDINE  
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
O.R.L  
O.R.L

## **2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES**

### PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia  
Pr. ALAMI OUHABI Naima  
Pr. ALAOUI KATIM  
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma  
Pr. ANSAR M'hammed  
Pr. BOUHOUCHE Ahmed  
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz  
Pr. BOURJOUANE Mohamed  
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia  
Pr. DAKKA Taoufiq  
Pr. DRAOUI Mustapha  
Pr. EL GUESSABI Lahcen  
Pr. ETTAIB Abdelkader  
Pr. FAOUZI Moulay El Abbès  
Pr. HAMZAOUI Laila  
Pr. HMAMOUCHE Mohamed  
Pr. IBRAHIMI Azeddine  
Pr. KHANFRI Jamal Eddine  
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med  
Pr. REDHA Ahlam  
Pr. TOUATI Driss  
Pr. ZAHIDI Ahmed  
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie  
Biochimie – chimie  
Pharmacologie  
Histologie-Embryologie  
Chimie Organique et Pharmacie Chimique  
Génétique Humaine  
Applications Pharmaceutiques  
Microbiologie  
Biochimie – chimie  
Physiologie  
Chimie Analytique  
Pharmacognosie  
Zootechnie  
Pharmacologie  
Biophysique  
Chimie Organique  
Biologie moléculaire  
Biologie  
Chimie Organique  
Chimie  
Pharmacognosie  
Pharmacologie  
Chimie Organique



*Mise à jour le 14/12/2016 par le  
Service des Ressources Humaines*



# *DEDICACES*

*Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...*

*Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour,*

*Le respect, la reconnaissance...*

*Aussi, c'est tout simplement que*



*Je dédie cette Thèse...*



*A Allah*

*Tout puissant*

*Qui m'a inspiré*

*Qui m'a guidé dans le bon chemin*

*Je vous dois ce que je suis devenue*

*Louanges et remerciements*

*Pour votre clémence et miséricorde*

## *A ma très chère mère lalla Fatima*

*Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et L'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.*

*Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.*

*Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.*

*Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.*

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et*

*t'accorder santé, longue vie et bonheur. *

## *A mon très cher Père El Hassan*

*Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soit-elles ne  
sauraient exprimer ma  
gratitude et ma reconnaissance.*


*Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme  
et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie.*

*Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite.*

*Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement  
sont pour moi le soutien indispensable que tu as toujours su  
m'apporter.*

*Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain  
et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté  
et ne jamais te décevoir.*

*Que Dieu le tout puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur,*


*quiétude de l'esprit et te protège de tout mal *

## *A mon très cher frère El Mehdi*

*Mon cher petit frère présent dans tous mes moments d'examens par son soutien moral et ses belles surprises sucrées.*

*En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments.*

*Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite et de sérénité.*

*Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour. *

## *A mon cher petit frère Ahmed Amine*

*Pour toute l'ambiance dont tu m'as entouré, pour toute la spontanéité et ton élan chaleureux, Je te dédie ce travail.*

*Que Dieu te donne une très bonne santé et une longue vie pour te permettre de goûter aux plaisirs de la vie.*

*Puisse Dieu le tout puissant exhausser tous tes vœux*


*Saches que je t'aime et je serai toujours là pour toi.*



*À*

*ma chère tante HAKIMA, son mari ISSAM,*

*Veillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour votre  
soutien, encouragements, et affection.*


*J'espère que vous retrouvez dans la dédicace de ce travail, le  
témoignage de mes sentiments sincères et de mes vœux de santé et  
de bonheur. *

*À*

*Ma chère grand-mère maternelle,*

*Mon cher grand père paternel*


*Que ce modeste travail, soit l'expression des vœux que vous  
n'avez cessés de formuler dans vos prières.*

*Que Dieu vous préserve santé et longue vie. *

*À la mémoire de mon grand père maternelle, ma grand-mère  
paternel*

*Et mon oncle RACHID BEJJA*

*Qui ont été toujours dans mon esprit et dans mon cœur,  
je vous dédie aujourd'hui ma réussite.*

*Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel  
paradis. *

*À ma grande famille :*

*TOUS MES ONCLES ET TANTES d'origine  
maternelle et paternelle*

*En témoignage de mon attachement et de ma grande  
considération.*


*J'espère que vous trouverez à travers ce travail l'expression de mes  
sentiments les plus chaleureux,*

*Que ce travail vous apporte l'estime, et le respect que je porte à  
votre égard, et soit*

*la preuve du désir que j'avais depuis toujours pour vous honorer.*

*Tous mes vœux de bonheur et de santé. ... *

## *À MES ADORABLES COUSINS ET COUSINES*

*Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant une longue vie  
pleine de réussite, de santé et de bonheur... *

## *À MES GRANDS AMIS ET COLLEGUES*

*En tête de liste ; FATIMA ZAHRA et OLAYA, et aussi HIND,  
SOUKIANA, JIHANE, MAJDOULINE, INTISSAR, etc.*

*En souvenir des moments merveilleux que nous avons passés et aux  
liens solides qui nous unissent.*

*Un grand merci pour votre soutien, vos encouragements, votre aide.*

*J'ai trouvé en vous le refuge de mes chagrins et mes secrets.*

*Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de  
réussite et de bonheur, autant dans votre vie professionnelle que  
privée.*

*Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles...*



*À mes collègues : De stage et de promotion*

*À toute personne que j'ai involontairement oublié de citer.*



# REMERCIEMENTS

*A NOTRE MAÎTRE  
ET PRÉSIDENT DU JURY  
PROFESSEUR MDAGHRI ALAOUI ASMAA*

*Cher Maître,*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de  
présider ce jury de thèse.*

*Nous admirons beaucoup vos qualités scientifiques, et nous  
sommes fiers d'être compté parmi vos élèves.*

*Veillez accepter, cher Maître, l'expression de notre  
profonde admiration et de toute notre reconnaissance.*

*A NOTRE MAÎTRE  
ET DIRECTEUR DE THÈSE  
PROFESSEUR MERYEM KABIRI*

*Cher Maître,*

*Quel énorme privilège vous nous avez fait en acceptant de  
diriger ce travail.*

*Merci pour la confiance sans cesse renouvelée. Merci pour votre  
passion, votre patience, votre expertise ainsi que votre  
engagement durant la réalisation de cette thèse.*

*Merci pour les relectures attentives, les conseils avisés et  
enfin l'encadrement tout au long de mon travail.*

*Vous nous avez donné l'occasion de découvrir un modèle de  
Maître auquel tout étudiant aimerait ressembler. Votre  
calme et votre sérénité sont des qualités idéales.*

*Veillez recevoir, cher Maître, l'expression de notre profond respect  
et de toute notre reconnaissance.*



*A NOTRE MAÎTRE  
ET JUGE DE THÈSE  
PROFESSEUR HASSANI AMALE*

*Cher Maître,*

*Vous nous avez honorés d'accepter avec grande  
sympathie de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre estime et  
notre considération.*

*A NOTRE MAÎTRE  
ET JUGE DE THÈSE  
PROFESSEUR AMAL THIMO IZGUA*

*Cher Maître,*

*Vous nous avez honorés d'accepter avec grande  
sympathie de siéger parmi notre jury de thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre estime et  
notre considération.*

*AU LABORATOIRE DE BIOSTATISTIQUE ET  
RECHERCHE CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE  
(LBRCE) DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET  
PHARMACIE DE L'UNIVERSITÉ MOHAMMED V DE  
RABAT*

*Je remercie,*

*Professeur RACHID RAZINE,*

*Professeur MAJDOULINE OBTEL,*

*Docteur NADA BANANI et Docteur ASMAE SAADI,*

*Pour leur disponibilité,  
pour leur précieuse compréhension,  
pour leur conseils avisés et  
pour leur remarques pertinentes et constructives.*

*Qu'elle trouve l'expression de ma sincère reconnaissance  
pour l'intérêt qu'elle a apporté à ce travail*

*AU COLLÈGE ABDALLAH GANOUN*

*Je remercie,*

*Monsieur MOHAMED EL KOTBI,*

*Directeur du collège Abdallah Ganoun*

*Monsieur HASSAN JAMAHIRI,*

*Surveillant du collège Abdallah Ganoun*

*Monsieurs MAHMOUD NASSI, ABLLATIF MOUKNI,  
KHALED JAMAL*

*Professeurs du sport au collège Abdallah Ganoun*

*A l'ensemble des enseignants qui nous ont aidés à construire et réaliser la  
passation du questionnaire puis à collecter les données de cette enquête.*

*Et surtout à l'ensemble des élèves qui ont accepté de répondre avec  
sérieux, authenticité et enthousiasme à cet important questionnaire,*

*Je vous remercie du fond du cœur pour l'aide que vous m'avez  
apporté dans la réalisation de ce travail.*

*En témoignage de mon grand respect et de ma profonde  
Gratitude.*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements*

# *ABBREVIATIONS*

**HCP** : Le Haut-commissariat au plan

**PNNS** : Le Programme national nutrition santé

**INPES** : L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

**AAP** : American Academy of Pediatrics

**MGEN** : Mutuelle générale de l'Éducation nationale

**HBSC** : Health Behaviour in School-aged Children

**CNSS** : Caisse nationale des organismes de prévoyance sociale

**QI** : Le quotient intellectuel

**m** : Le mètre

**Kg** : Le kilogramme

**IMC** : L'indice de masse corporelle

**Qx** : La quantité

**DH** : Dirham marocain

**OMS** : L'Organisation mondiale de la santé

# *FIGURES*

**FIGURE 1 : Déroulement de l'enquête**

**FIGURE 2 : Répartition des élèves enquêtés par lieu de résidence.**

**FIGURE 3 : Répartition des élèves enquêtés par quartier d'habitat.**

**FIGURE 4 : Répartition des élèves selon la profession du père**

**FIGURE 5 : Répartition des élèves selon le niveau d'instruction de la mère.**

**FIGURE 6 : Répartition des élèves selon la profession de la mère.**

**FIGURE 7 : Répartition des élèves enquêtés selon leur niveau scolaire.**

**FIGURE 8 : Répartition des élèves enquêtés par tranche d'âge**

**FIGURE 9 : Répartition des élèves enquêtés selon le sexe**

**FIGURE 10 : Le taux des rappels des élèves vaccinés.**

**FIGURE 11 : Répartition des élèves selon la présence de problèmes médicaux.**

**FIGURE 12 : La moyenne de fois par semaine où les élèves ne prenaient pas de petit déjeuner.**

**FIGURE 13: Répartition des élèves selon la nature des boissons consommées pendant les repas de midi ou du soir.**

**FIGURE 14 : Répartition des élèves selon la nature des boissons consommées en dehors des repas.**

**FIGURE 15 : Répartition des élèves selon le nombre de fois où ils ont pris le gouter de l'après midi.**



**FIGURE 16 : La prise de gouter pendant les jours d'école versus jours de repos (Mercredi et weekend).**

**FIGURE 17 : Répartition des élèves selon les repas pris devant la télévision,**

**FIGURE 18 : Répartition des élèves selon la fréquence du grignotage**

**FIGURE 19 : La nature des produits de grignotage des élèves**

**FIGURE 20 : La fréquentation des fast-foods par les élèves**

**FIGURE 21 : Pourcentage des élèves qui ont déjà fait un régime**

**FIGURE 22 : L'opinion des élèves sur la qualité de leur mode alimentaire.**

**FIGURE 23 : L'opinion des élèves sur l'influence de la manière de se nourrir sur la santé.**

**FIGURE 24 : L'influence de la publicité sur les choix alimentaires des élèves.**

**FIGURE 25 : Répartition des élèves selon leur pratique ou non d'une activité physique régulière**

**FIGURE 26 : Répartition des élèves selon le type d'activité physique pratiquée.**

**FIGURE 27 : La fréquence par semaine de la pratique de l'activité physique par les élèves.**

**FIGURE 28 : Répartition des élèves selon le nombre de fois qu'ils se brossaient leurs dents.**

**FIGURE 29 : La fréquence par semaine de douche prise par les élèves.**

**FIGURE 30 : Répartition des élèves selon la consommation de Tabac**

**FIGURE 31: L'opinion des élèves sur le tabac**

**FIGURE 32 : Le nombre d'élèves ayant déjà consommé des drogues.**

**FIGURE 33 : Le nombre d'heures par jour « d'utilisation de baladeur » par les élèves.**

**FIGURE 34 : Répartition des élèves selon le nombre de fois par semaine de jeux vidéo.**

**FIGURE 35 : Répartition des élèves selon le nombre de fois par semaine de télévision.**

**FIGURE 36 : Répartition des élèves selon le nombre de fois par semaine d'utilisation d'internet.**

**FIGURE 37 : Répartition des élèves selon les types de leurs loisirs.**

**FIGURE 38 : La moyenne des sommes en Dh par mois dont disposait chaque élève pour ses dépenses**

**FIGURE 39 : Comment les élèves utilisaient leur argent**

**FIGURE 40 : Le taux de redoublement et de difficultés scolaires des élèves enquêtés.**

**FIGURE 41 : L'opinion des élèves sur leur orientation scolaire actuelle.**

**FIGURE 42 : L'opinion des élèves sur leur travail scolaire.**

**FIGURE 43 : l'appréciation des élèves de leur vie dans le collège.**

**FIGURE 44 : Répartition des élèves selon « ce qui compte le plus pour eux »**

**FIGURE 45 : Les principaux objectifs de vie des élèves.**

**FIGURE 46 : Répartition des élèves selon le type de difficultés rencontrées.**

**FIGURE 47: Les personnes à qui les élèves se confiaient en cas de difficultés.**

**FIGURE 48 : L'estime de soi des élèves selon l'Echelle d'estime de soi de ROSENBERG version arabe**

**FIGURE 49: L'opinion des élèves sur la nature des changements au cours d'adolescence.**

**FIGURE 50 : Les principaux dangers à éviter pendant l'adolescence selon les élèves.**

**FIGURE 51 : L'avis des élèves sur qui est « le mieux placé pour proposer une ligne de conduite aux adolescents »**

# *TABLEAUX*

**Tableau I :** Moyennes et écarts type des poids des élèves en fonction de l'âge et du sexe.

**Tableau II :** Moyennes et écarts type de la taille des élèves en fonction de l'âge et du sexe.

**Tableau III :** Les pourcentages d'IMC normal, d'obésité, de surpoids et de maigreur en fonction de l'âge et du sexe des élèves.

**Tableau IV :** Répartition des élèves selon la moyenne d'heures de sommeil par jour.

**Tableau V :** la médiane et quartile de l'heure de coucher des élèves.

**Tableau VI :** Répartition des élèves qui fumaient en fonction de l'âge et du sexe.

**Tableau VII :** La fréquentation des fast-foods en fonction du sexe et de l'âge.

**Tableau VIII :** Le suivie de régime en fonction de l'estime de soi et l'âge.

**Tableau IX :** La perception de manger en fonction de la profession du père.

**Tableau X :** Heure de coucher des élèves en fonction du niveau d'instruction de la mère

**Tableau XI:** Heure de réveil des collégiens en fonction du niveau d'estime de soi.

**Tableau XII :** Brossage des dents par rapport au sexe, à la profession du père et au niveau d'instruction de la mère.

**Tableau XIII** : La consommation du tabac par rapport à la profession père.

**Tableau XIV**: L'utilisation du baladeur par jour par rapport à l'âge et au sexe.

**Tableau XV** : Le nombre de fois par semaine de jeux vidéo par rapport à l'âge, au sexe et à la profession du père

**Tableau XVI** : Le nombre de fois par semaine de télévision par rapport à l'âge, la profession du père et l'estime de soi.

**Tableau XVII** : Le nombre de fois par semaine d'Internet par rapport à l'âge et l'estime de soi.

**Tableau XVIII**: L'argent de poche en Dh par mois par rapport à l'âge et l'estime de soi.

**Tableau XIX**: Les difficultés scolaires des élèves par rapport à l'estime de soi.

**Tableau XX** : Le redoublement des élèves par rapport aux tranches d'âge et à la profession du père.

**Tableau XXI** : La relation entre l'estime de soi et le sexe.

**Tableau XXII** : « Qui propose une ligne de conduite (parent) » par rapport à la profession du père et au niveau d'instruction de la mère.

**Tableau XXIII** : Répartition par sexe dans les enquêtes nationales et internationales

**Tableau XXIV** : Prévalence du surpoids et obésité, études nationales et internationales

**Tableau XXV :** Activité sportive extrascolaire, études nationales et internationales

**Tableau XXVI :** Tabagisme des adolescents, études nationales et internationales

**Tableau XXVII :** Consommation de drogue dans les enquêtes nationales et internationales

# **SOMMAIRE**



INTRODUCTION .....	1
PARTIE II .....	6
POPULATION ET METHODES .....	6
A. Population.....	7
1- Type d'étude .....	7
2- Lieu de l'étude .....	7
a-Ville de Kenitra : .....	7
b-L'enseignement secondaire collégial de Kenitra: .....	7
c-Le collège lieu de l'étude.....	7
d-les raisons pour le choix du collège « ABDALLAH GANOUN » :.....	8
3- Population de l'étude □ .....	9
a) Critères d'inclusion.....	9
b) Critères d'exclusion.....	9
B. Instruments de mesure □ .....	9
Le Questionnaire □ .....	9
1-Mesures anthropométriques : Poids et taille.....	13
a-Mesure de la Taille .....	13
b- Mesure du poids .....	13
c-Indice de masse corporelle.....	13
4-Déroulement de l'enquête :.....	14
5-Considérations éthiques .....	15
6-Analyse statistique.....	16
RESULTATS .....	18
I-Etude descriptive □ .....	19

A-les principales caractéristiques épidémiologiques des collégiens interrogés.....	19
A-1 : Résultats relatifs aux familles des élèves enquêtés :.....	19
1- La répartition des élèves enquêtés par lieu de résidence. ....	19
2. Répartition des enfants enquêtés selon la profession du Père.....	20
3. Répartition des enfants enquêtés selon le niveau d’instruction de la mère .....	21
4.Répartition des enfants enquêtés selon la profession de <i>la mère</i> .....	22
5.La Fratrie des élèves enquêtés :.....	23
A-2 Résultats relatifs aux élèves : .....	23
1.Répartition des élèves selon le Niveau scolaire .....	23
2.Répartition des élèves selon l’âge .....	24
3.La répartition des élèves selon le sexe : .....	25
4.Mesures anthropométriques des élèves. ....	26
5-La vaccination et rappels.....	28
6-Répartition des élèves selon la présence de problèmes médicaux .....	29
B-Résultats relatifs aux habitudes alimentaires .....	29
1-Prise du Petit déjeuner :.....	29
2-La répartition des collégiens selon les boissons consommées :.....	30
a-La nature des boissons consommées pendant les repas de midi ou du soir .....	30
b-Nature des boissons consommées en dehors des repas :.....	31
3-La répartition des élèves selon la prise de gouter :.....	32
a-La fréquence de prise de gouter de l’après midi : .....	32
b-La prise de gouter pendant les jours d’école versus les jours de repos (mercredi et weekend): .....	33
4- La prise des repas devant la télévision : .....	34

5-Grignotage : .....	35
a- La pratique du grignotage :.....	35
b-La nature des aliments du grignotage :.....	36
6-La fréquentation des fast-foods (restauration rapide).....	37
7-Suivi de régime par les élèves et leur consommation de compléments alimentaires :.....	37
a-Suivi de régime :.....	37
b-La consommation de compléments alimentaires .....	38
8-Perception des élèves de leur alimentation et influence de la publicité :..	38
a-A la question « pensez vous que vous mangez assez » .....	38
b-L'opinion des élèves sur la relation entre alimentation et santé : .....	39
c-Influence de la publicité sur les choix alimentaires : .....	40
C-L'élève et l'hygiène de vie.....	41
C-1 Résultats relatifs à la pratique de l'activité physique par les élèves : .....	41
a- La pratique ou non de l'activité physique par les élèves.....	41
b-Les types d'activité physique pratiqués par les élèves :.....	41
c-Fréquence par semaine de la pratique de l'activité physique par les élèves: .....	42
C-2 Résultats relatifs au sommeil :.....	43
a-Nombre d'heures de sommeil.....	43
b-Heure de coucher et Heure de réveil .....	44
C- 3 Résultats relatifs à l'hygiène corporelle de l'élève :.....	44
a-Le Nombre de fois que l'élève brossait ses dents.....	44
b-Le nombre de douche par semaine. ....	45
C-4 Répartition des élèves selon leurs comportements à risque: .....	46
a-Tabac :.....	46

b-Consommation de drogues .....	48
c-Utilisation de « baladeurs » .....	49
C-5 La répartition des élèves selon les jeux vidéo .....	49
C-6 Répartition des élèves selon la télévision .....	50
C-7 Répartition des élèves selon l'utilisation de l'internet.....	51
C-8 Loisirs : .....	52
D- L'élève et l'autonomie. ....	53
1 Résultats relatifs à la relation des élèves avec <i>l'argent</i> :.....	53
E- Résultats relatifs à la relation des élèves avec le collègue et la vie estudiantine : .....	55
F- Résultats relatifs aux aspects psychologiques :.....	58
1 Préférences et objectifs de vie des élèves.....	58
G- Estime de soi des élèves : .....	62
H - Les opinions des élèves sur le processus de l'Adolescence .....	62
1-l'opinion des élèves sur les changements associés à l'adolescence.....	62
2-L'opinion des collégiens sur les principaux dangers à éviter lorsque l'on est adolescent(e).....	63
3-L'avis des collégiens sur les personnes qui dictent une ligne de conduite aux adolescents. ....	65
II-Etude analytique :.....	66
A-Alimentation : .....	66
1-La fréquentation des fast-foods :.....	66
2-Suivi de régime :.....	67
3-Perception de manger : .....	68
B-Hygiène de vie .....	68
1-Sommeil :.....	68
2-Brossage des dents :.....	70

C-Les comportements à risque.....	72
1-Consommation de Tabac :.....	72
2-Baladeur :.....	72
3-Jeux vidéo .....	73
4-Télévision : .....	74
5-Internet :.....	76
D-Autonomie/ argent : .....	77
E-Collège et vie estudiantine : .....	78
1-Les difficultés scolaires :.....	78
2-Le redoublement :.....	79
F-Aspects psychologiques : .....	80
1-l'estime de soi.....	80
2-L'avis des adolescents sur les personnes qui dictent une ligne de conduite pour les adolescents .....	81
DISCUSSION .....	83
A-Les principales caractéristiques épidémiologiques des collégiens interrogés. .....	84
1-Résultats relatifs aux élèves enquêtés : .....	84
a-Répartition par sexe : .....	84
b-Répartition des élèves selon le niveau scolaire .....	85
c-Répartition par âge.....	85
2-Résultats relatifs aux familles des élèves enquêtés : .....	85
a-Statut socio-économique et structure des familles .....	85
B-Résultats relatifs aux habitudes alimentaires et indice de masse corporelle	87
1-habitudes alimentaires .....	87
2-Indice de masse corporelle .....	90
C-La Perception des élèves de leur alimentation et le régime :.....	92

1-La Perception des élèves de leur alimentation : .....	92
2-Suivi de régime : .....	93
3-Influence de la publicité sur les choix alimentaires des élèves.....	93
4-La consommation de compléments alimentaires : .....	94
D Problèmes médicaux et perception de la santé.....	94
E-L'élève et l'hygiène de vie.....	96
1-Résultats relatifs à la pratique de l'activité physique par les élèves .....	96
2-Résultats relatifs au sommeil :.....	100
3-Résultats relatifs à l'hygiène corporelle de l'élève : .....	101
G-Résultats relatifs à la relation des élèves avec le collège et la vie estudiantine : .....	107
1-Difficultés scolaires et redoublement : .....	107
2-L'opinion des élèves sur leur orientation scolaire actuelle. ....	108
3-L'opinion des élèves sur leur travail scolaire .....	109
4-L'appréciation des élèves de leur vie dans le collège : .....	110
H-Résultats relatifs aux aspects psychologiques : .....	110
1-Relation des élèves avec leurs parents : .....	110
2-Les Préférences et objectifs de vie des élèves .....	112
3-Les difficultés rencontrées par les élèves:.....	112
4-Estime de soi des élèves : .....	113
K-Les opinions des élèves sur le processus de l'Adolescence .....	115
1-Adolescence est-elle un changement.....	115
2-Lorsque l'on est adolescent(e), quels sont les principaux dangers à éviter. .....	116
Recommandations .....	118
1-Besoins des adolescents.....	119
2-Les actions à mener.....	120

Conclusion.....	121
RESUMES.....	121
BIBLIOGRAPHIE .....	121
Annexes .....	121

# **INTRODUCTION**



Parmi les différentes périodes de la vie, celle qui constitue la frontière entre les âges de l'enfance et de l'adolescence est particulièrement problématique et spécifique. Plus encore, elle semble s'amorcer à un moment essentiel dans la vie de nombreux enfants, celui de la transition entre l'école élémentaire et le collège.

Ce passage n'est pas un simple changement de classe. Les élèves comprennent que leurs comportements doivent changer. Ils adoptent de nouvelles règles, respectent de nouvelles normes, transforment leurs habitudes jusque dans leur langage ou leurs vêtements. Ils sont amenés à remanier certaines de leurs connaissances et compétences pour faire partie d'un nouveau groupe d'amis et être reconnus des autres. Le fonctionnement scolaire n'est plus, lui non plus, le même. C'est un nouvel équilibre entre les cultures enfantines et les cultures scolaires que les jeunes acteurs sociaux doivent trouver.

L'Académie Nationale de Médecine, dans son rapport de 2014, décrit l'intense modification du sujet à cette période de la vie : « Le double mouvement constitué par le reniement de l'enfance d'une part et la recherche du statut d'adulte de l'autre, est à l'origine de la « crise », du « processus psychique » que traverse tout adolescent. Sous la pression des évènements biologiques et corporels de la puberté, on assiste à l'apparition des intérêts sexuels. Les conflits se situent à différents niveaux : indépendance vis-à-vis des parents; nouveau rapport au corps, modifié dans sa morphologie du fait de l'apparition des caractères sexuels secondaires, deuil des objets infantiles; tendance au repli narcissique; questionnement de l'identité » [1]

Les élèves d'aujourd'hui vivent dans un monde qui bouge sans cesse, s'accélère, métisse les cultures, les repères, les dimensions. Aussi, les analyses offertes par des disciplines multiples (phénoménologie, sociologie, anthropologie, psychologie, psychiatrie, psychopathologie, neurosciences) sont autant de champs complémentaires, indissociables et incontournables, pour mieux comprendre les enjeux et l'impact du processus d'adolescence.

On a établi ce travail de thèse qui propose d'évaluer et d'explorer les différents aspects de l'état de santé, de l'hygiène de vie et de l'aspect psychologique d'un groupe de collégiens d'un établissement public à la ville de Kenitra. Le projet d'enquête est né de trois constatations aboutissant à l'idée que, pour développer des actions de prévention adaptées aux collégiens d'aujourd'hui, concernant leur souffrance psychique, leurs comportements à risques, et leur santé mentale en général, il fallait avant tout bien les connaître de façon globale : leur santé physique, leurs consommations, leurs loisirs, leurs liens avec les adultes, à l'école, en famille, leurs perceptions de leur propre adolescence, leur appréciation des limites posées, etc..

Nous voulions réaliser une enquête permettant de donner la parole aux élèves entre 12 et 18 ans et pas seulement de vérifier les idées des professionnels ou des familles : nous voulions donc que les jeunes puissent nous confier leurs ressentis, leurs vécus. C'est pourquoi nous avons utilisé un auto-questionnaire :

- Assez conséquent pour explorer le plus possible de secteurs de la vie des élèves, et particulièrement ceux en cause dans les difficultés psychiques ou de comportement à cet âge : données sociodémographiques, santé physique et

maladies chroniques, alimentation et consommations, rapport au corps, rapports à soi-même, rapports aux parents, loisirs. Il nous est apparu particulièrement intéressant d'interroger également les élèves sur leurs rapports aux médias : télévision, jeux vidéo, internet, baladeurs.

- qui permette une analyse quantitative, en attachant une importance toute particulière aux mots employés, pour qu'ils soient compris par tous et soient aussi assez fidèles au langage adolescent actuel, particulièrement quand il s'agissait de recueillir un avis sur les « looks » ou les « profils ».

- qui permette aussi une approche qualitative, en permettant aux jeunes de répondre par écrit à certaines questions (par exemple : Qu'est ce qui vous manque le plus actuellement ? Quels sont les principaux dangers à éviter lorsque l'on est adolescent?).

Nous avons ainsi pris en compte la globalité des fonctionnements et des processus adolescents, afin de fournir des repères quasi « photographiques », pour ensuite explorer les différentes dimensions : personnelles, environnementales et culturelles, afin d'identifier des facteurs protecteurs et des facteurs aggravants et/ou précipitant vis-à-vis des difficultés rencontrées à l'adolescence.

En globalité les objectifs de cette étude étaient donc :

- d'analyser les comportements des collégiens dans le contexte culturel actuel en prenant en compte la qualité de leur processus d'adolescence;

- de chercher à identifier leurs « profils » à travers de multiples variables (loisir, liens sociaux etc.)

- d'identifier des sous-groupes d'élèves présentant des fonctionnements et/ou des comportements à risque.

Les résultats de cette enquête devraient permettre d'améliorer nos connaissances sur le collégien d'aujourd'hui, et aussi d'identifier de nouveaux indicateurs de difficultés dans les processus d'adolescence, utiles pour la mise en place d'actions de prévention les mieux adaptées à ces jeunes.

**PARTIE II**

**POPULATION ET METHODES**

## **A. POPULATION**

### **1- Type d'étude**

Il s'agit d'une étude prospective de type transversale a visée descriptive et analytique qui a été réalisée auprès d'un échantillon d'élèves du secteur public de la province de Kenitra. L'enquête s'est déroulée sur la période allant du 1<sup>er</sup> Mai 2016 au 31 Janvier 2017.

### **2- Lieu de l'étude**

#### ***a-Ville de Kenitra :***

La province de Kenitra est une des trois principales villes de la région de Rabat-Salé-Kenitra. Elle est située sur la côte atlantique, au nord de Rabat. C'est la capitale économique de la région du Gharb au nord-ouest du pays [2]. Elle est réputée pour son exportation de produits agricoles. La façade maritime de la ville de Kenitra lui confère une situation géographique favorable pour l'expansion du secteur de la pêche maritime. Kenitra accueille également Atlantic Free Zone, la plus grande zone franche d'exportation du continent africain [3].

#### ***b-L'enseignement secondaire collégial de Kenitra:***

Le cycle de l'enseignement secondaire dure trois ans et accueille les enfants de 12 à 14 ans. Selon la délégation provinciale du Ministère de l'Education Nationale de Kenitra, la ville de Kenitra comprend 45 collèges publics (18669 élèves avec 9031 de sexe féminin) et 41 collèges privés (4968 élèves avec 2483 de sexe féminin). Le taux de scolarisation des élèves entre 12 et 14 ans est de 78.78% avec un pourcentage de 81.6 % de filles. Le pourcentage d'échec scolaire (redoublement) est de 40.8 % [4].

#### ***c-Le collège lieu de l'étude***

✓ *Situation géographique du collège:*

Le collège "ABDELLAH GANOUN " est un établissement public de l'enseignement secondaire. Les élèves qui le fréquentent habitent au centre ville de la ville de Kenitra regroupant des populations nettement plus modestes dans des quartiers de type traditionnel voire informel.

✓ L'organisation générale du collège.

Le collège est dirigé par une équipe administrative composée d'un directeur, deux surveillants généraux, un économiste, deux secrétaires et un répétiteur ainsi qu'une équipe de vingt-sept professeurs parmi eux trois professeurs de sport.

✓ L'organisation pédagogique du collège.

L'établissement est mixte et compte environ 982 élèves dont 498 de sexe féminin répartis sur les trois niveaux de l'enseignement secondaire, avec 10 classes pour la première année (1ASC), 7 classes pour la deuxième (2ASC) et 7 classes pour la troisième année (3ASC). Les classes de l'enseignement général sont chargées d'un effectif moyen de 41+/-3 élèves. Les cours ont lieu du lundi au samedi avec un volume horaire de 30 heures par semaine.

***d-les raisons pour le choix du collège « ABDALLAH GANOUN » :***

Nous avons choisi volontairement ce collège parmi d'autres établissements pour deux raisons :

1. Ce collège a une capacité très importante permettant d'avoir un échantillon d'élèves assez représentatif.
2. La facilité d'avoir une autorisation d'accès à l'établissement, ainsi que la collaboration très active avec la direction et les enseignants.

### **3- Population de l'étude**

La population concernée par l'étude a été constituée par l'ensemble des collégiens inscrits dans le Collège ABDALLAH GANOUN de la province de Kenitra. Elle a concerné les trois niveaux du collège (1<sup>re</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année).

Le recrutement a été réalisé grâce à un échantillonnage de convenance pour des raisons pratiques d'accessibilité [5].

#### ***a) Critères d'inclusion***

Ont été inclus dans l'étude tous les élèves poursuivant leur scolarité au niveau du collège Abdallah Ganoun, courant les années scolaires 2016 et 2017, quelque soit leur âge et quelque soit leur niveau d'étude.

#### ***b) Critères d'exclusion***

Les élèves exclus de l'étude ont été ceux qui n'ont pas accepté de remplir le questionnaire ou qui ont été absents au moment de la passation.

## **B. INSTRUMENTS DE MESURE**

### **Le Questionnaire**

L'enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire par élève (annexe1) en arabe de type auto administré, anonyme contenant 68 questions, administrés aux jeunes en salle de classe en dehors des unités de cours.

Une pré-enquête a été effectuée sur une classe, dans le but de tester le questionnaire. Quelques modifications recommandées par les enseignants ont été faites. Le principal changement a été l'adoption de la langue « arabe » pour le questionnaire car la plus part des étudiants avaient un niveau de Français bas.

Certaines questions étaient à multi choix, pour lesquelles les élèves pouvaient répondre par une ou plusieurs propositions(s) ce qui explique que certains pourcentages au niveau des résultats dépassaient 100%.



Les données recueillies dans le questionnaire ont porté sur les éléments suivants :

➤ **Fiche de l'enquêteur** a comporté : la date de passation de l'enquête, le niveau de la classe, le nombre d'élèves enquêtés.

➤ **Identification des élèves** : le lieu de naissance, l'âge, le sexe, l'origine, le quartier de résidence, la fratrie, la profession du père, le niveau scolaire de la mère et la profession de la mère.

➤ **Les données cliniques** Ces données ont inclut

1) Le profil vaccinal des élèves (vaccinations + rappel)

2) Les problèmes médicaux de l'élève :

❖ gastro –intestinaux : gastralgies, nausées, vomissement, constipation

❖ Asthme et autres allergies

❖ autres : dorsalgies, céphalées, acné, troubles de règles, caries, diabète, anémie, myopie

➤ **les habitudes alimentaires :**

L'habitude alimentaire est le type et la quantité d'aliment que consomme une ou un groupe de personnes dans leur quotidien ainsi que la fréquence de cette consommation. Pour notre étude, on s'est inspiré de l'« Histoire diététique » Selon Pequignot (1991) et Galan et Hercberg (1985), en mettant l'accent sur :

• les habitudes alimentaires les moins saines : la consommation de boissons sucrées et sucreries, le grignotage, la consommation de compléments alimentaires ainsi que la fréquentation des fast-foods (Type de restauration axé sur la distribution, à toute heure et pour un prix peu élevé, de quelques produits

dont la préparation est entièrement automatisée et qui peuvent être consommés sur place ou emportés sous emballage) [6]

- et les habitudes saines: la prise du petit déjeuner et du goûter, la consommation de l'eau et des produits laitiers [7].

#### ➤ **Les habitudes personnelles**

Les habitudes personnelles regroupent l'ensemble des pratiques et des moyens individuels de l'élève, journaliers ou hebdomadaires, qui visent à préserver ou favoriser l'état de santé, C'est un passage obligé pour protéger et à améliorer la santé ainsi que la qualité de la vie.

Dans cette rubrique on a étudié :

- Le sommeil : nombre d'heures de sommeil, heure de coucher et heure de lever

- L'hygiène corporelle : prise de douche ou de bain, l'hygiène bucco-dentaire,

- La consommation de Tabac et de drogues (Cannabis).

#### ➤ **L'activité physique et le sédentarisme**

Les élèves ont été questionnés sur leur pratique ou non d'une activité physique, son type et sa fréquence par semaine. Pour évaluer la sédentarité on a choisit la définition suivante « les comportements sédentaires sont des comportements où il est noté moins d'une demi-heure d'activité physique par jour et où le sujet passe quasiment tout son temps assis devant un écran (télévision, ordinateur...). [8]. Ainsi on s'est intéressé au nombre de fois par semaines et au nombre d'heures par jour de chacune de ces activités.

### ➤ **L'autonomie**

L'autonomie est le « droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet. »[9]. Pour étudier cet aspect on a posé des questions sur :

- L'argent de poche et comment l'utiliser
- les objectifs de vie
- les personnes qui influencent les conduites des élèves

### ➤ **Le processus d'adolescence**

Le but de ce chapitre a été d'analyser le processus d'adolescence du point de vue des élèves ainsi les questions ont abordé le type de changement que représente l'adolescence, ce qui caractérise l'adolescence, quels sont les principaux dangers à éviter à cette période et enfin qu'est ce qui compte le plus pour les élèves au cours de ce passage.

### ➤ **Les aspects psychosociaux**

Les différents aspects psychosociaux de cette période de vie ont été abordés de deux façons

- La première en demandant aux élèves de décrire leur statut affectif actuel, les choses qu'ils aiment le plus et qu'ils n'aiment pas ainsi que les difficultés rencontrées dans leurs relations.
- La deuxième était par la version arabe de « l'Echelle d'estime de soi de Rosenberg » (annexe 2)

L'estime de soi correspond au sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même, la considération et le respect qu'il se porte et le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur en tant que personne. (Rosenberg, 1979) [10].

On a utilisé la version arabe de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg validée par A.M.Abdel-Khalek [11]. Elle est composée de 10 items évalués sur une échelle en 4 points, allant de 1 «tout à fait en désaccord» à 4 «tout à fait en accord», le score varie de 10 à 40.

L'interprétation des résultats de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg est identique pour les deux sexes.

1. Si le score est inférieur à 25, l'estime de soi est très faible.
2. Si le score est entre 25 et 31, l'estime de soi est faible. Si le score est entre 31 et 34, l'estime de soi est dans la moyenne.
3. Si le score est compris entre 34 et 39, l'estime de soi est forte.
4. Si le score est supérieur à 39, l'estime de soi est très forte.[12]

### **1-Mesures anthropométriques : Poids et taille**

#### ***a-Mesure de la Taille***

La taille a été prise debout à l'aide d'une toise en bois à ruban métallique de 2 mètres  $\pm$  0.1cm, munie d'un appui-tête horizontal mobile. L'élève a été adossé bien droit, les jambes tendus, pieds joints et à plat sans chaussures. La taille a été exprimée en mètres (m). Le même matériel, a été utilisé pour tous les élèves.[ 13].

#### ***b- Mesure du poids***

Le poids est mesuré avec un pèse personne (150  $\pm$  0.1 kg). Les filles et les garçons ont été pesés sans chaussures et avec un sous-vêtement léger. Le poids a été exprimé en kilogrammes (Kg). Le même matériel, a été utilisé pour tous les élèves [13]

#### ***c-Indice de masse corporelle***

L'IMC (body mass index en anglais, (BMI)) est de plus en plus souvent utilisé pour déterminer la présence d'un excès de poids chez les enfants de 2 à 17

ans. Il correspond au rapport poids/taille<sup>2</sup> (exprimé en kg/m<sup>2</sup>) et permet l'évaluation de la maigreur, du surpoids et de l'obésité. [14]

Les valeurs de l'IMC ont été interprétées selon les courbes de référence de l'OMS 2007 de 5 à 19 ans définies comme suit (WHO, 2007): [15] (annexe 3)

Surpoids 19 ans)	IMC > + 1 écart type (équivalent à 1 IMC de 25 kg/m <sup>2</sup> à 19 ans)
Obésité ans).	IMC > + 2 écart type (équivalent à 1 IMC de 30 kg/m <sup>2</sup> à 19 ans).
Maigreur	IMC < - 2 écarts type
Maigreur sévère	IMC < - 3 écarts type.

#### **4-Déroulement de l'enquête :**

1. Après avoir reçu la note émanant de la délégation, le directeur ainsi que son staff se sont montrés très coopératifs et se sont impliqués de façon effective dans l'enquête.

2. Une prise de contact a été menée auprès des élèves pour expliquer le caractère non obligatoire et la liberté du choix de leurs réponses.

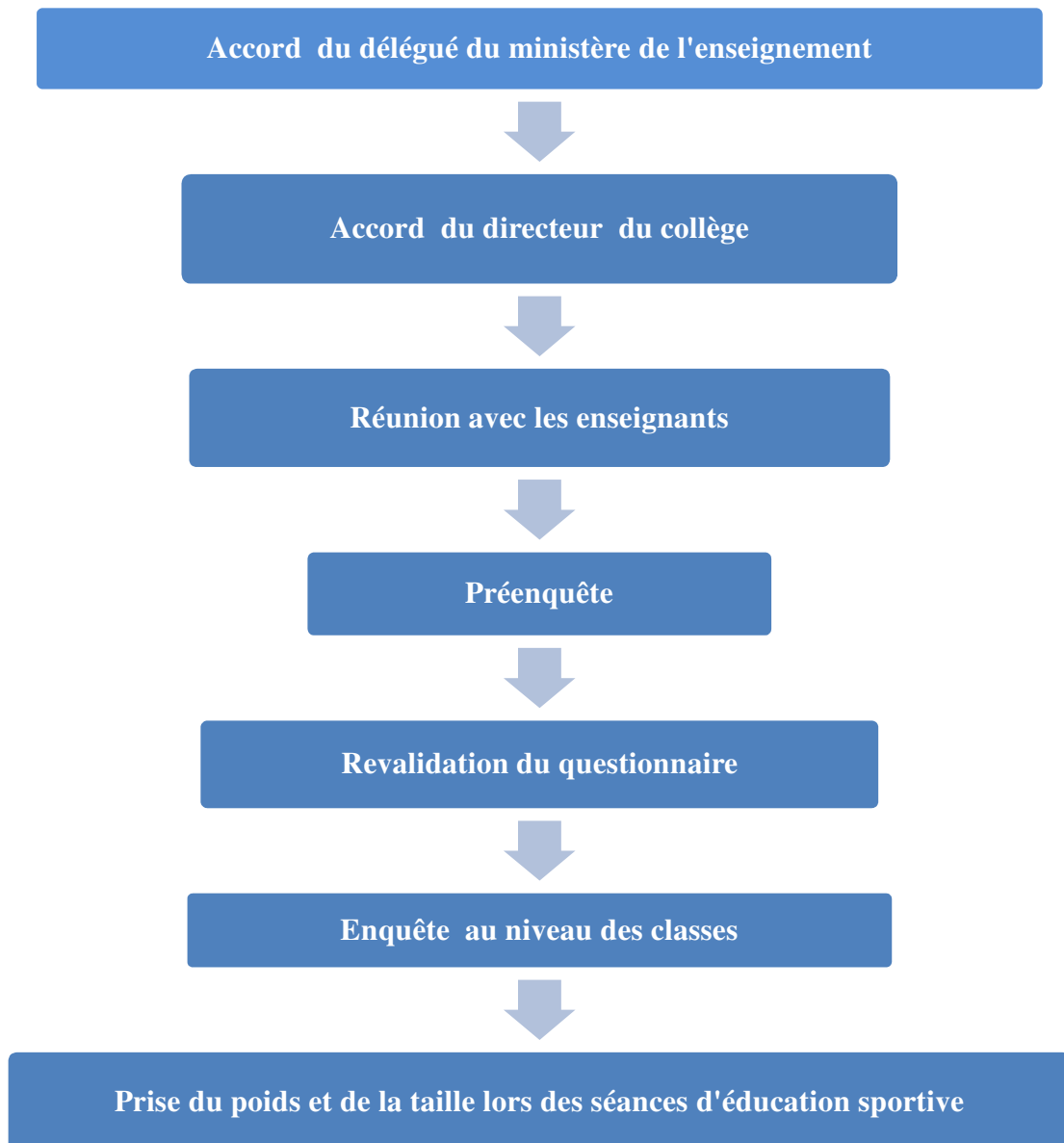
3. On a procédé à la distribution des questionnaires dans les différentes classes du collège. Pour ne pas perturber le déroulement des cours on a distribué les questionnaires en fin de journée. Chaque jour, on a distribué en moyenne 40 questionnaires.

4. Pour avoir les mesures anthropométriques actuelles de chaque élève (poids et taille) notre choix, avec l'accord du directeur et du staff enseignant, s'est porté sur les séances de l'éducation sportive. En effet, pour être le moins intrusif, on a profité du passage des élèves au niveau des vestiaires pour mesurer leurs poids et leurs tailles.

## **5-Considérations éthiques**

Au cours de cette recherche, nous avons déployé tous nos efforts pour que la confidentialité des données recueillies reste dans l'anonymat et le respect du secret professionnel.

De même, il a été nécessaire d'obtenir l'accord préalable de Monsieur le directeur du collège pour avoir une autorisation d'accès à l'établissement et démarrer l'enquête. Les enseignants ont accepté de façon volontaire et bénévole de participer à cette étude.



**Figure 1 : Déroulement de l'enquête**

### **6-Analyse statistique**

Toutes les données recueillies ont été codées et saisies sur Excel (Microsoft Office2007). L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS 20 au niveau du Laboratoire de biostatistique et recherche clinique et

épidémiologique (LBRCE) de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université Mohammed V de Rabat.

Une étude descriptive de l'échantillon a été faite. Les résultats ont été présentés sous forme de variables quantitatives et qualitatives.

- Les variables quantitatives de distribution gaussienne ont été caractérisées par les moyennes  $\pm$  écart type.
- Les variables quantitatives de distribution non gaussienne ont été caractérisées par les médianes et interquartiles.
- Les variables qualitatives ont été caractérisées par les effectifs et les pourcentages.

Une analyse unie variée a été réalisée. Un test de khi 2 a été fait pour comparer les différentes variables étudiées à la recherche d'une association significative. Un test est considéré significatif si le P- value  $< 0.05$ .



# RESULTATS

## I-ETUDE DESCRIPTIVE .

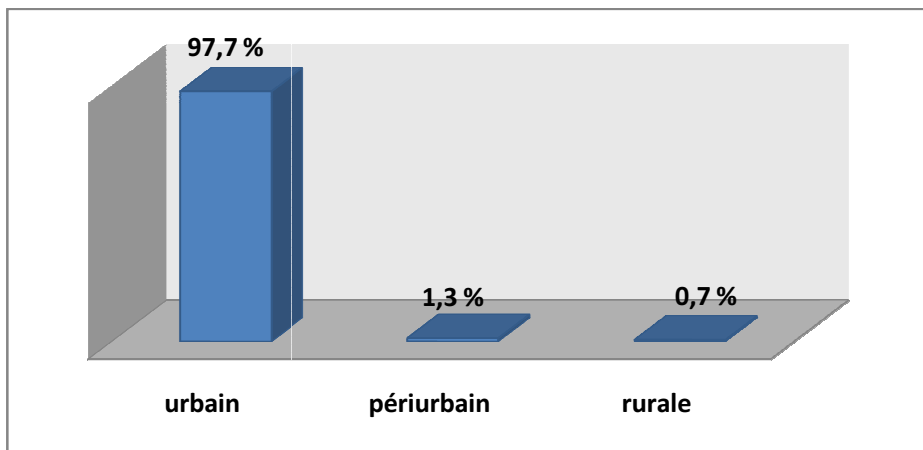
Au terme de notre étude, aucun refus de consentement n'a été déclaré et sur un total de 1100 questionnaires distribués, 1008 ont été retenus pour analyse. Les questionnaires mal remplis, au nombre de 92, ont été éliminés.

### A-les principales caractéristiques épidémiologiques des collégiens interrogés.

#### A-1 : Résultats relatifs aux familles des élèves enquêtés :

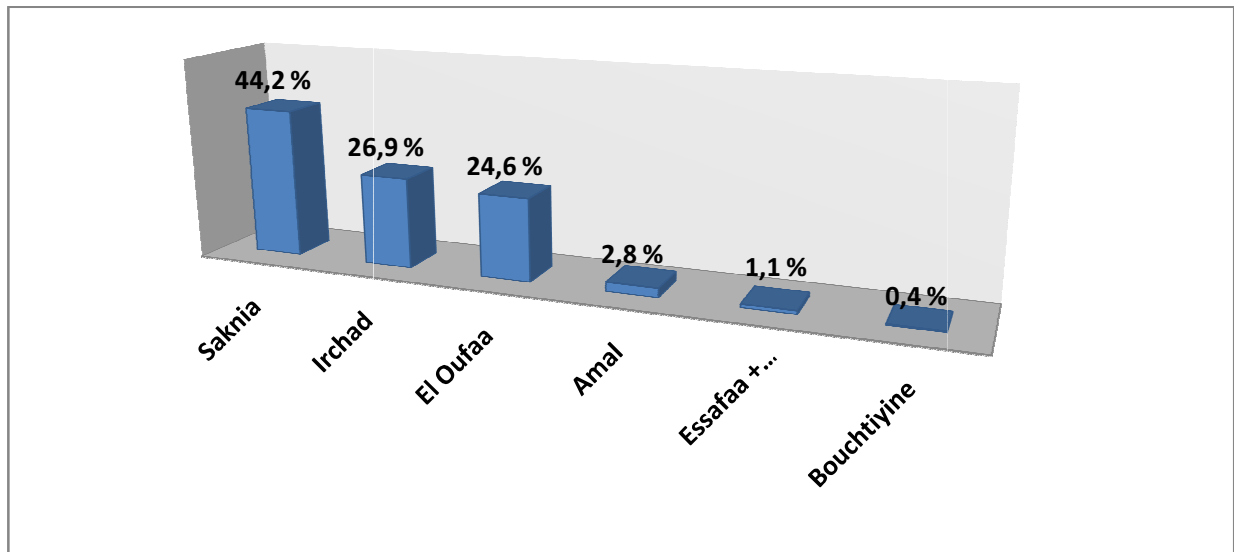
##### 1- La répartition des élèves enquêtés par lieu de résidence.

Dans notre échantillon, la majorité des élèves, 97.7%(987), était d'origine urbaine.



**FIGURE 2 : Répartition des élèves enquêtés par lieu de résidence.**

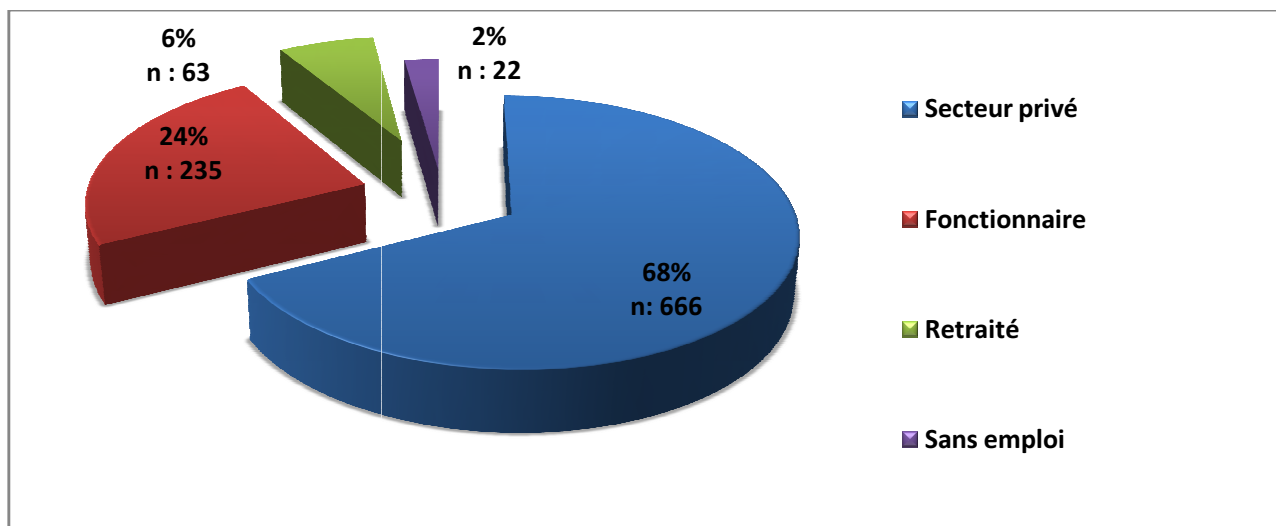
La majorité des élèves habitaient le quartier de Saknia suivie par les quartiers Irchad et El Ouafaa.



**FIGURE 3 : Répartition des élèves enquêtés par quartier d'habitat.**

## **2. Répartition des enfants enquêtés selon la profession du Père**

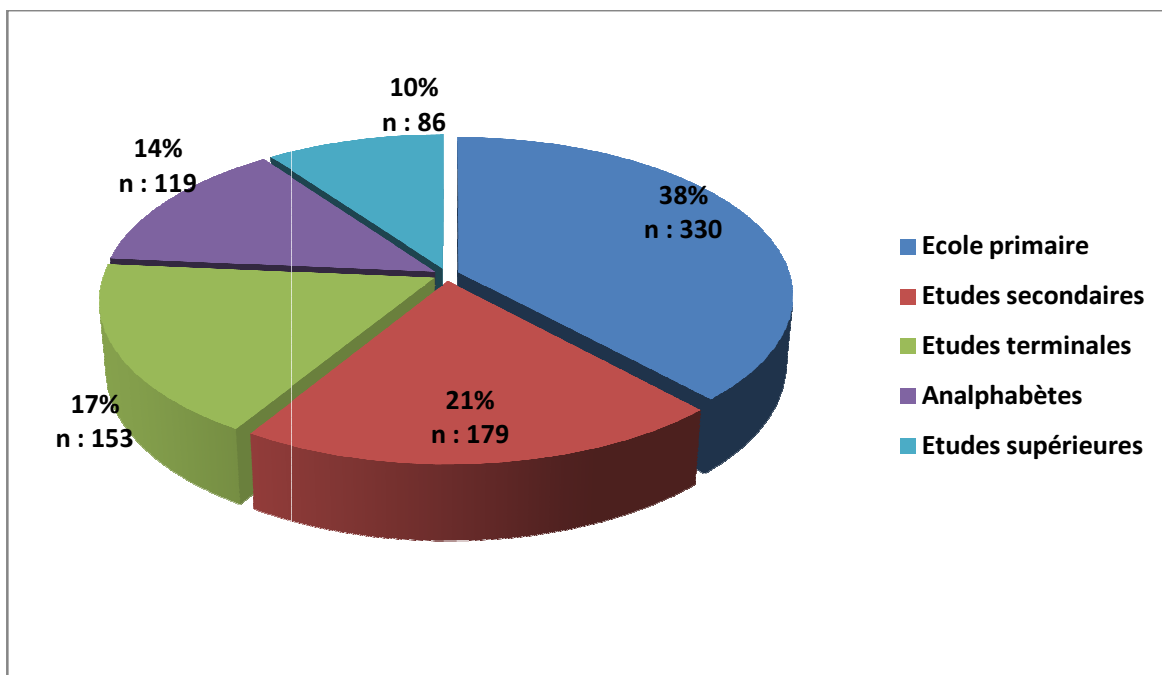
Dans notre échantillon, 67.5% (666) des pères travaillaient dans le secteur privé, 23.8% (235) étaient des fonctionnaires, 6.4% (63) étaient des retraités et 2.2% (22) étaient sans emploi.



**FIGURE 4 : Répartition des élèves selon la profession de père**

### **3. Répartition des enfants enquêtés selon le niveau d'instruction de la mère**

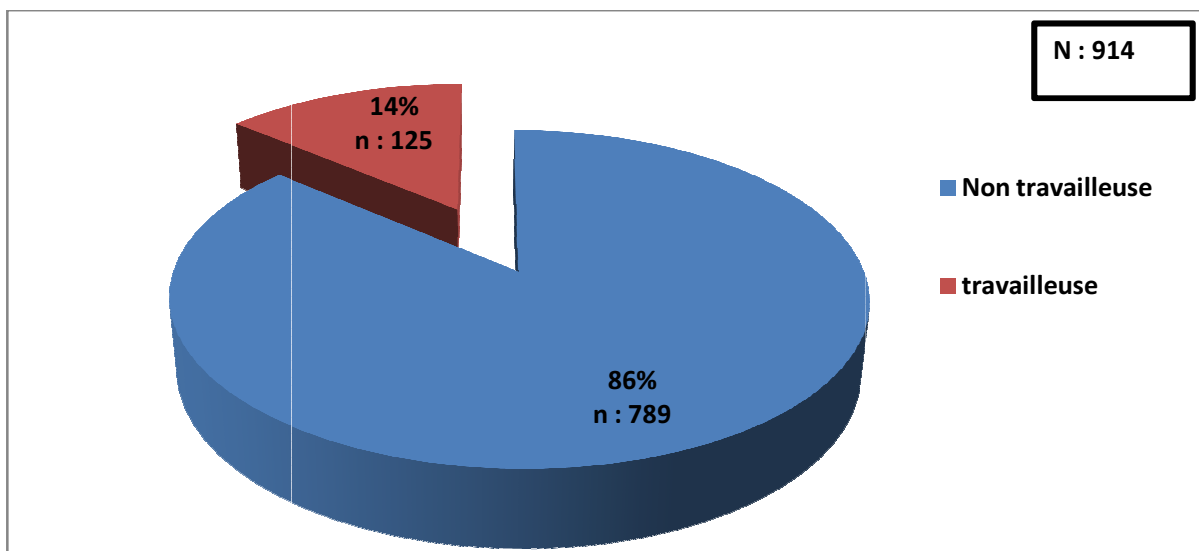
Dans notre étude, la majorité des mères avaient un niveau scolaire primaire ou secondaire, respectivement 38.1% (330) et 20.6% (179). Celles avec un niveau terminal ou supérieur représentaient respectivement 17.6% (153) et 9.9% (86). Le pourcentage des analphabètes était de 13.7% (119).



**FIGURE 5 : Répartition des élèves selon le niveau d'instruction de la mère.**

#### **4. Répartition des enfants enquêtés selon la profession de la mère**

Seuls 914 élèves ont répondu à cette question. Parmi eux, 86.3% (789) des mères étaient sans profession contre 13.7% (125) qui avaient un travail régulier.



**FIGURE 6 : Répartition des élèves selon la profession de la mère.**

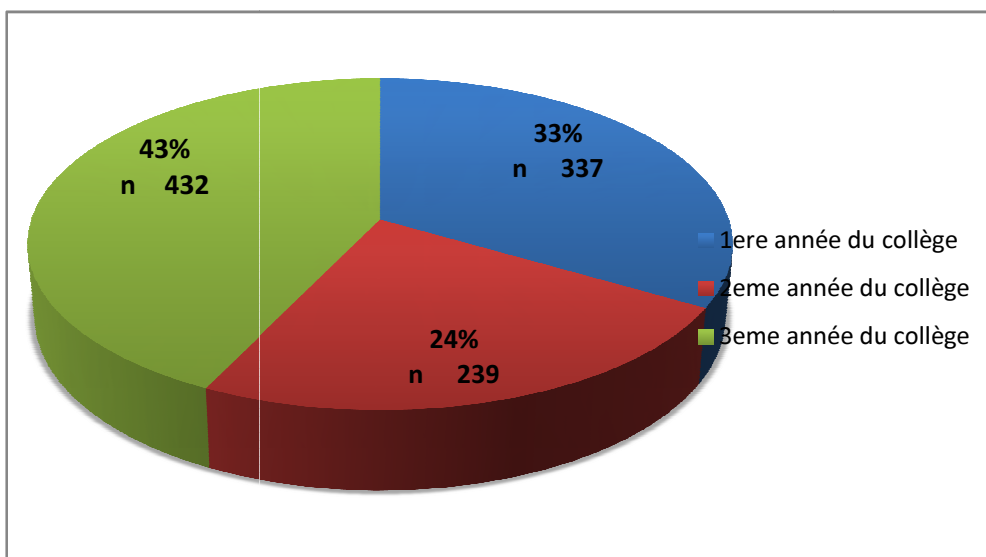
### **5.La Fratrie des élèves enquêtés :**

Dans notre échantillon, la moyenne des frères et sœurs des élèves était de 3 +/- 1.

#### ***A-2 Résultats relatifs aux élèves :***

##### **1.Répartition des élèves selon le Niveau scolaire**

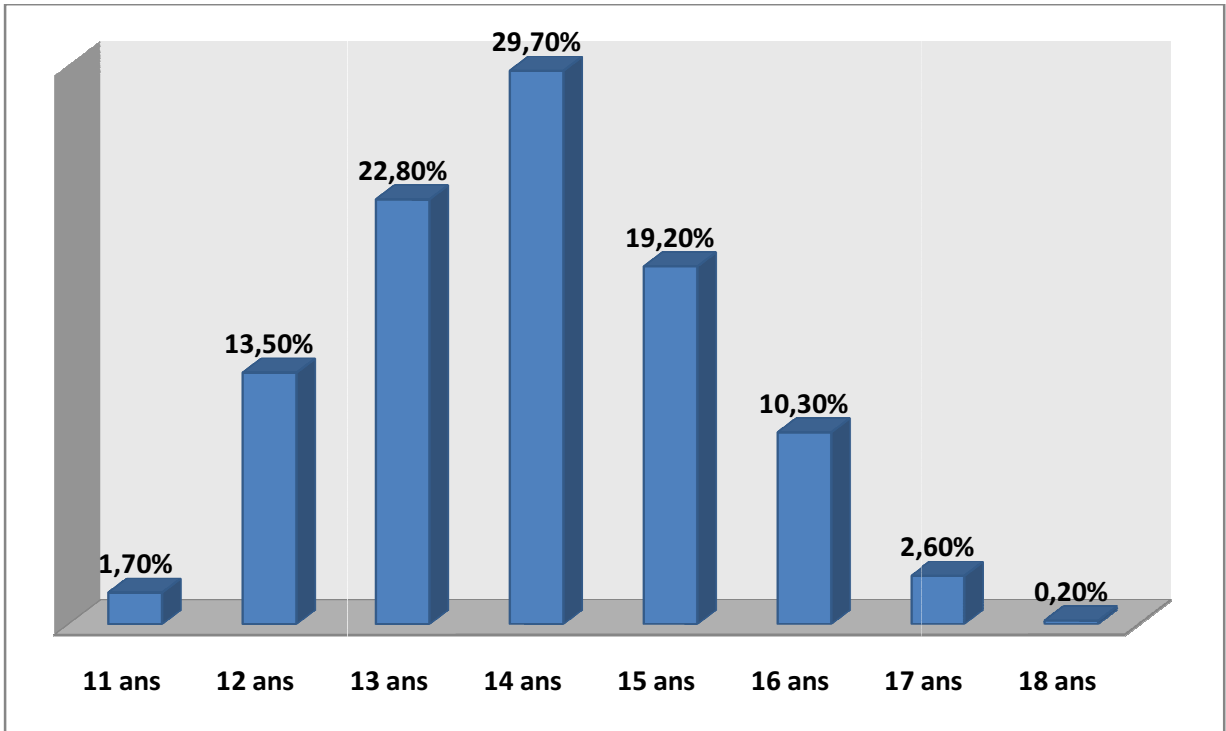
Dans notre échantillon, les élèves de la 1ère année représentaient 33.4% (337) de l'ensemble des collégiens, ceux de la 2ème année représentaient 23.7% (239) et les élèves de la 3ème année 42.9% (432).



**FIGURE 7 : Répartition des élèves enquêtés selon le niveau scolaire.**

## **2. Répartition des élèves selon l'âge**

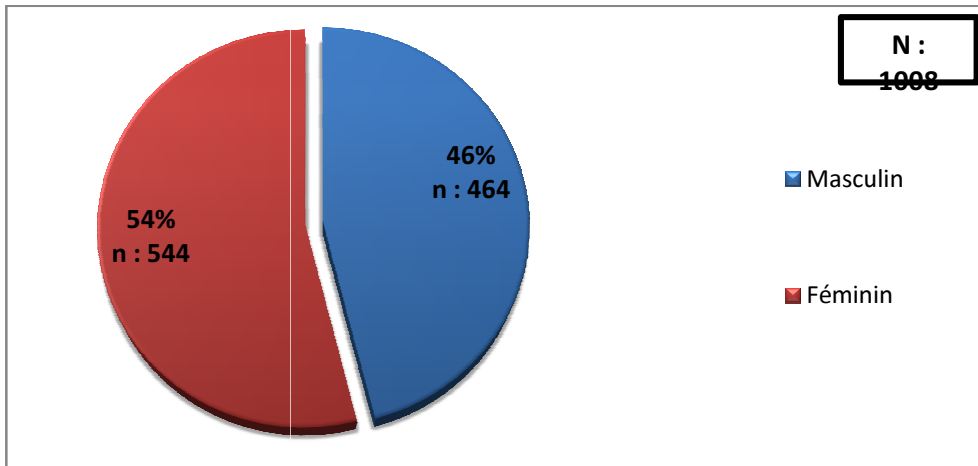
Dans notre échantillon, l'âge moyen des élèves était de  $13,94 \pm 1,33$  ans (11 ans à 18 ans), avec une médiane de 14 ans. La majorité des élèves, 29.7% (299), étaient âgés de 14 ans, alors que 22.8% (230) étaient âgés de 13 ans. 19.2% (194) des élèves étaient âgés de 15 ans, 13.5% (136) étaient âgés de 12 ans, 10.3% (104) des élèves étaient âgés de 16 ans, 2.6% (26) des élèves étaient âgés de 17 ans, 1.7% (17) des élèves étaient âgés de 11 ans et 0.2% (2) des élèves âgés de 18 ans.



**FIGURE 8 : Répartition des élèves enquêtés par tranche d'âge.**

### 3.La répartition des élèves selon le sexe :

Dans notre étude, il y'avait une prédominance du sexe féminin (54%) par rapport au sexe masculin (46%). Le sexe ratio (H/F) était de 0.53.



**FIGURE 9 : La répartition des élèves enquêtés selon le sexe**



#### 4. Mesures anthropométriques des élèves.

##### ➤ Le poids

Dans notre échantillon, le poids des élèves a été en moyenne de 49 kg +/- 10.

**Tableau I : Les moyennes +/- ET des poids des élèves en fonction de l'âge et du sexe :**

Age	Poids(Kg)			
	Filles		Garçons	
	moy +/- ET	médiane	moy +/- ET	médiane
11 ans	38.50 +/- 6.63	40	48.66 +/- 9.09	49
12 ans	48.92 +/- 9.40	48.50	48.44 +/- 7.65	45.50
13 ans	48.75 +/- 11.80	50	50.07 +/- 9.51	50
14 ans	49.91 +/- 10.29	48	49.05 +/- 9.03	49.50
15 ans	49.37 +/- 10.74	49.50	49.02 +/- 10.30	47
16 ans	49.17 +/- 8.44	50	48.39 +/- 10.16	50
17 ans	50.12 +/- 14.49	47	50.22 +/- 7.12	42
18 ans	=	-	52.50 +/- 10.60	-

##### ➤ Taille

Dans notre étude, la taille moyenne des élèves était de 1.61 m +/- 0.76.

**Tableau II : Les moyennes et écarts type de la taille des élèves en fonction de l'âge et du sexe.**

Age	Taille (m)			
	Filles		Garçons	
	moy +/- ET	médiane	moy +/- ET	médiane
11 ans	1.46 +/- 0.170	1.54	1.67 +/- 0.062	1.65
12 ans	1.60 +/- 0.096	1.59	1.60 +/- 0.089	1.60
13 ans	1.57 +/- 0.090	1.60	1.60 +/- 0.087	1.62
14 ans	1.57 +/- 0.099	1.60	1.59 +/- 0.091	1.60
15 ans	1.60 +/- 0.109	1.57	1.58 +/- 0.099	1.60
16 ans	1.59 +/- 0.102	1.60	1.58 +/- 0.100	1.54
17 ans	1.62 +/- 0.124	1.58	1.59 +/- 0.898	1.54
18 ans	-	-	1.63 +/- 0.021	-

➤ **L'IMC**

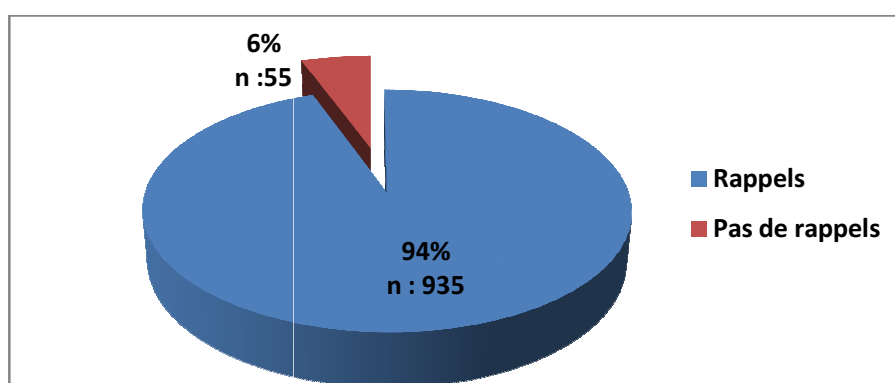
Dans notre étude, la prévalence de la surcharge pondérale était de 51.21%, (25.2% pour les filles et 26.01 % pour les garçons). Celle de l'obésité était de 10.97% (3.65% pour les filles et 7.31% pour les garçons). 26.82% (66) des élèves étaient maigres et 10.97% (27) avaient une maigreur sévère.

**Tableau III : les pourcentages d'IMC normal, d'obésité, de surpoids et de maigreur en fonction de l'âge et du sexe des élèves**

Age Ans	Filles				Garçons			
	norma l	obésité	surpoids	maigreur	normal	obésité	surpoids	maigre ur
11	75% (6)	0	25% (2)	0	55% (5)	0	11.1% (1)	0
12	76 % (52)	5.9% (4)	10.3% (7)	7.4% (5)	63.2% (43)	4.4% (3)	27.9% (19)	2.9% (2)
13	75 % (99)	3.8% (5)	14.4% (19)	6.8% (9)	74.5 % (73)	5.1% (5)	17.3% (17)	3.1% (3)
14	78.7% (137)	0	12.6% (22)	8.6% (15)	79.2% (99)	1.6% (2)	12.8% (16)	4.8% (6)
15	72.9% (70)	0	10.4% (10)	16.7% (16)	76.5 % (75)	5.1% (5)	7.1% (7)	6.1% (6)
16	82.8% (48)	0	1.7% (1)	15.5% (9)	71.7% (33)	4.3% (2)	8.7% (4)	8.7% (4)
17	62.5% (5)	0	12.5% (1)	25% (2)	83.3% (15)	5.6% (1)	0	5.6% (1)
18	-	-	-	-	50% (1)	0	0	50% (1)

### 5-La vaccination et rappels

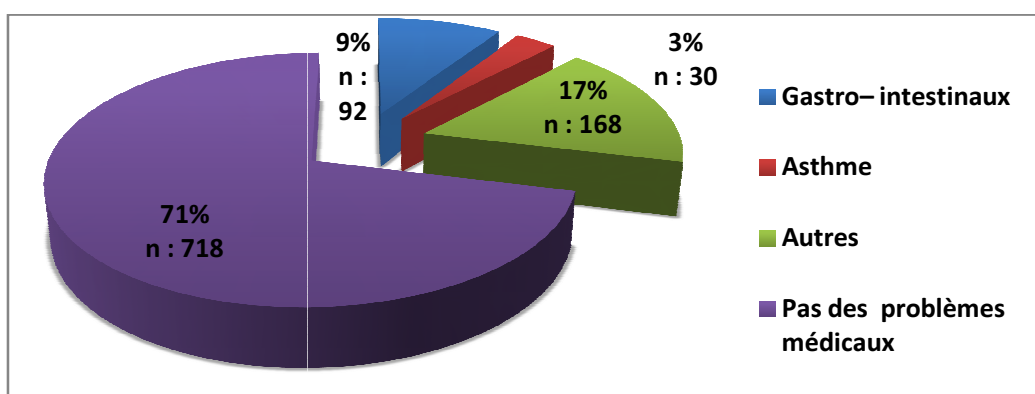
totalité des élèves de notre étude, ont été vaccinés et 94.5% (935) avaient reçus leurs rappels.



**FIGURE 10 : Le taux des rappels des élèves vaccinés.**

## 6-Répartition des élèves selon la présence de problèmes médicaux

Dans notre étude, 71% (718) des élèves déclaraient n'avoir aucun problème médical. Alors que 9.1% (92) déclaraient avoir des problèmes gastro-intestinaux, 3% (30) des élèves étaient suivis pour asthme et 16.7% (168) avaient d'autres maladies [dorsalgie, céphalées, acné, troubles des règles, problèmes dentaires, anémie, myopie, diabète].



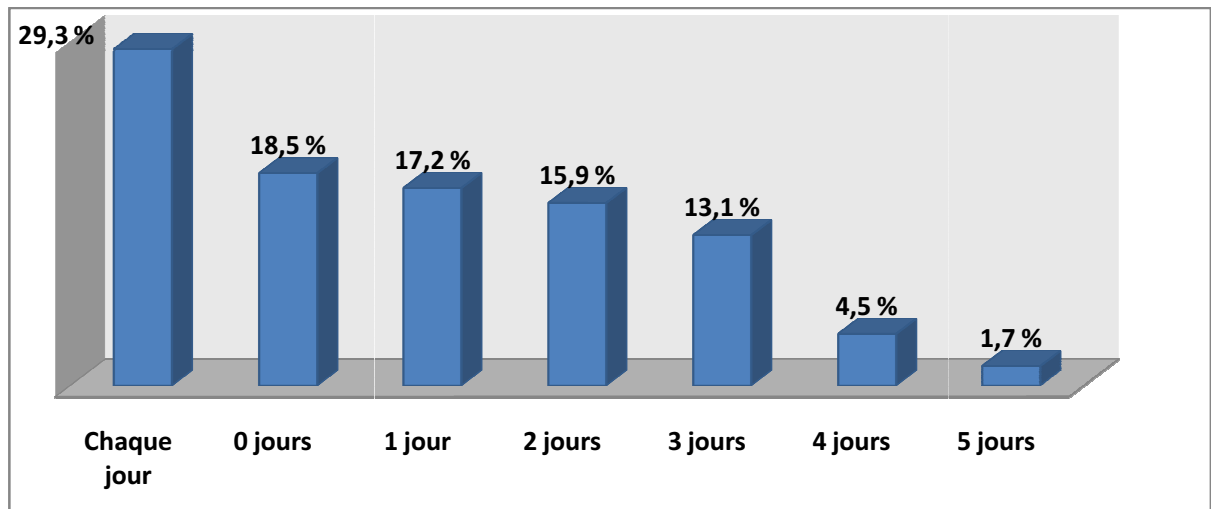
**FIGURE 11: Répartition des élèves selon la présence de problèmes médicaux.**

### B-Résultats relatifs aux habitudes alimentaires

#### *1-Prise du Petit déjeuner :*

La majorité des élèves enquêtés, 29.3% (295), ne prenaient jamais leur petit déjeuner alors que 18.5% (186) le prenaient chaque jour. Les autres résultats ont été repartis comme suit : 17.2% (173) ne le prenaient pas une fois par semaine, 15.9% (160) ne le prenaient pas deux fois par semaine, 13.1% (132)

ne le prenaient pas trois fois par semaine, 4.5% (45) le rataient quatre fois par semaine et 1.7% (17) le rataient cinq fois par semaine.

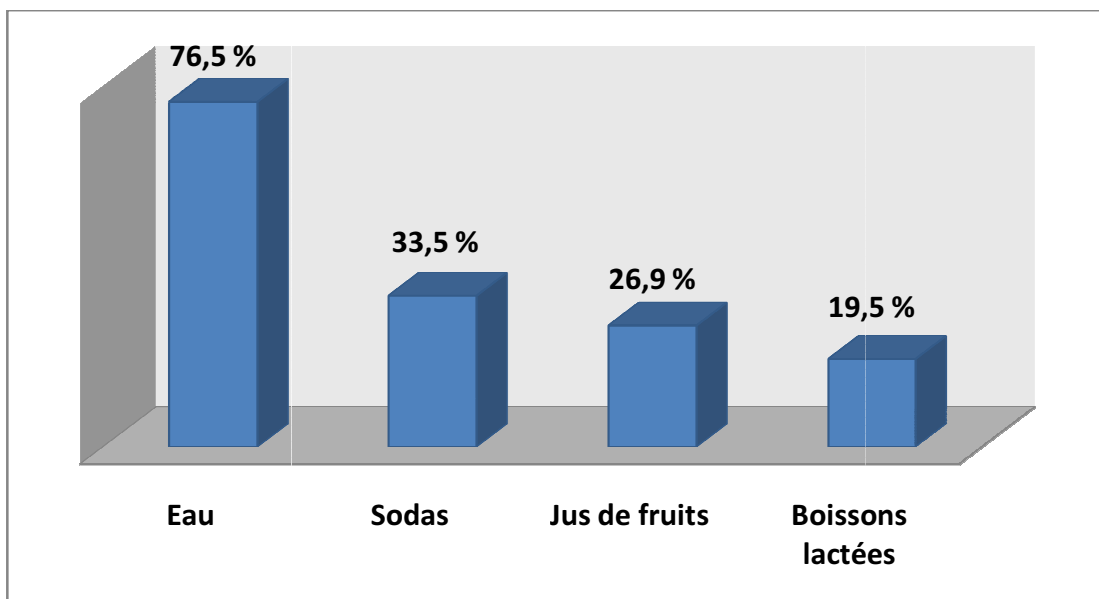


**FIGURE 12 : La moyenne de fois par semaine où les élèves rataient le petit déjeuner.**

## *2-La répartition des collégiens selon les boissons consommées :*

### **a-La nature des boissons consommées pendant les repas de midi ou du soir**

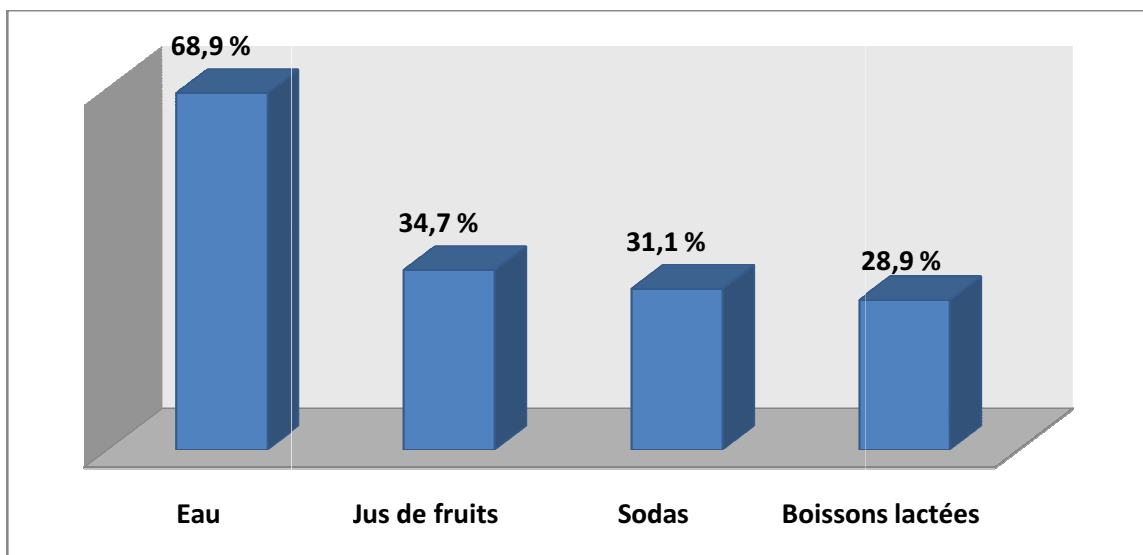
Dans notre échantillon, 76.5%(771) des élèves consommaient de l'eau, 33.5%(338) prenaient les sodas [cola, limonade..] alors que 26.9% (271) consommaient les jus de fruits et 19.5%(197) prenaient le lait et les boissons lactées



**FIGURE 13: Répartition des élèves selon la nature des boissons consommées pendant les repas de midi ou du soir**

**b-Nature des boissons consommées en dehors des repas :**

En dehors des repas, 68.9% (695) des élèves prenaient uniquement de l'eau, alors que les jus de fruits et les produits lactés étaient consommés respectivement par 34.7% (350) et 28.9% (291) des élèves. Les sodas [cola, limonade] étaient consommés par 31.1%(313) des élèves.

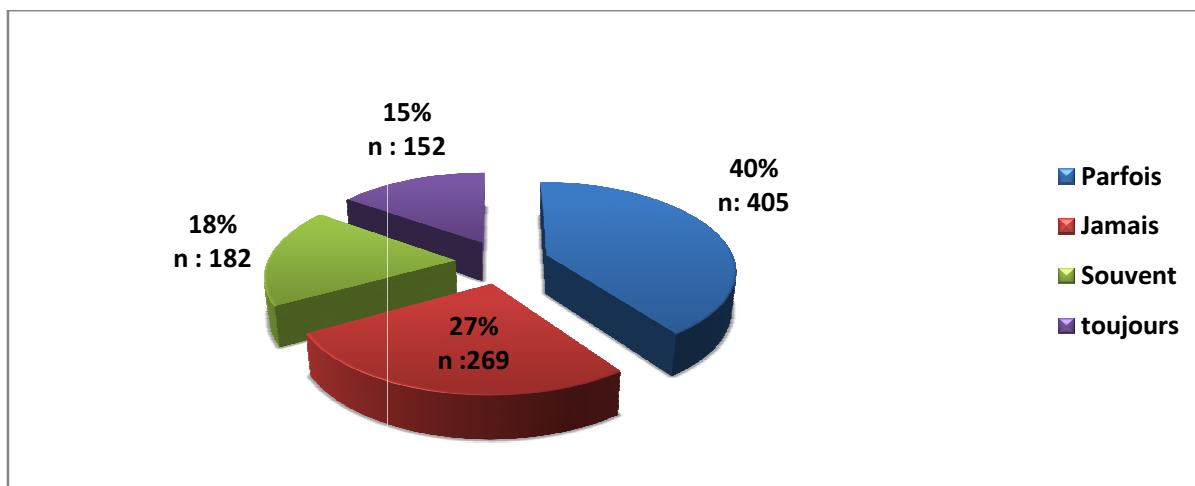


**FIGURE 14 : Répartition des élèves selon la nature des boissons consommées en dehors des repas.**

### **3-La répartition des élèves selon la prise de gouter :**

#### *a-La fréquence de prise de gouter de l'après midi :*

Seuls 15.1%(152) des élèves prenaient toujours un gouter. 18.1%(182) des élèves le prenaient souvent alors que 40.2%(405) le prenaient parfois et 26.7% (269) des élèves ne le prenaient jamais.

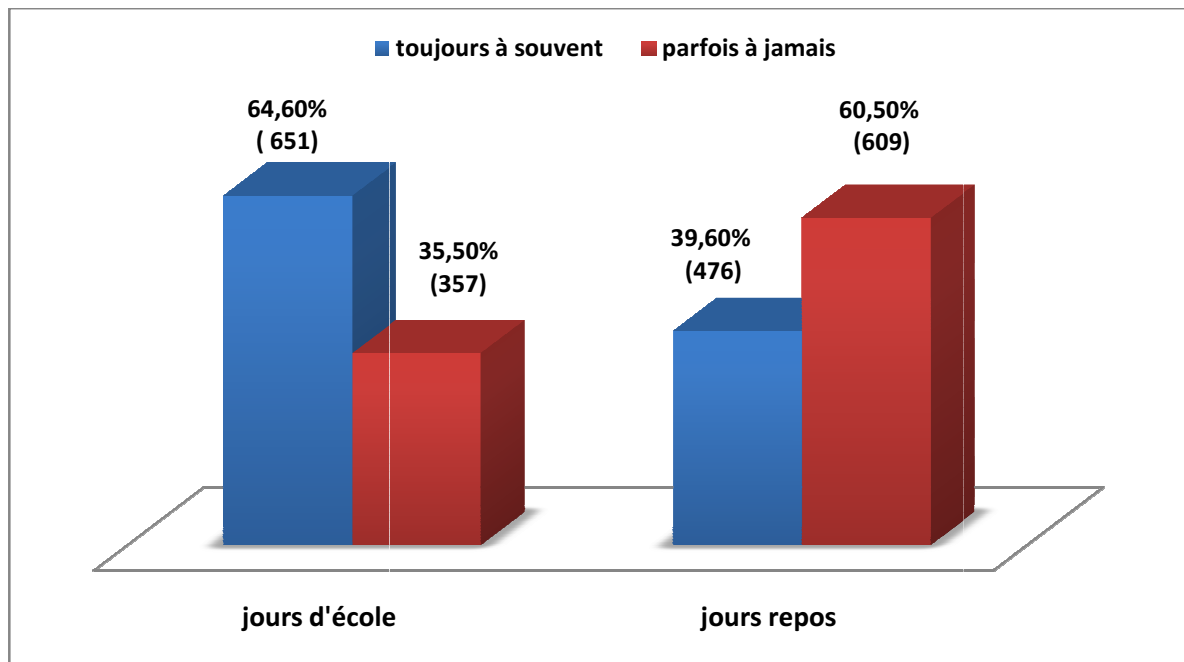


**FIGURE 15 : Répartition des élèves selon le nombre de fois où ils ont pris le gouter de l'après midi.**

*b-La prise de gouter pendant les jours d'école versus les jours de repos (mercredi et weekend):*

Les élèves prenaient plus le gouter lors des jours d'écoles que lors des jours de repos. En effet, 64.6% le prenaient toujours à souvent pendant les jours d'école contre seulement 39.6% qui le prenaient pendant les jours de repos.

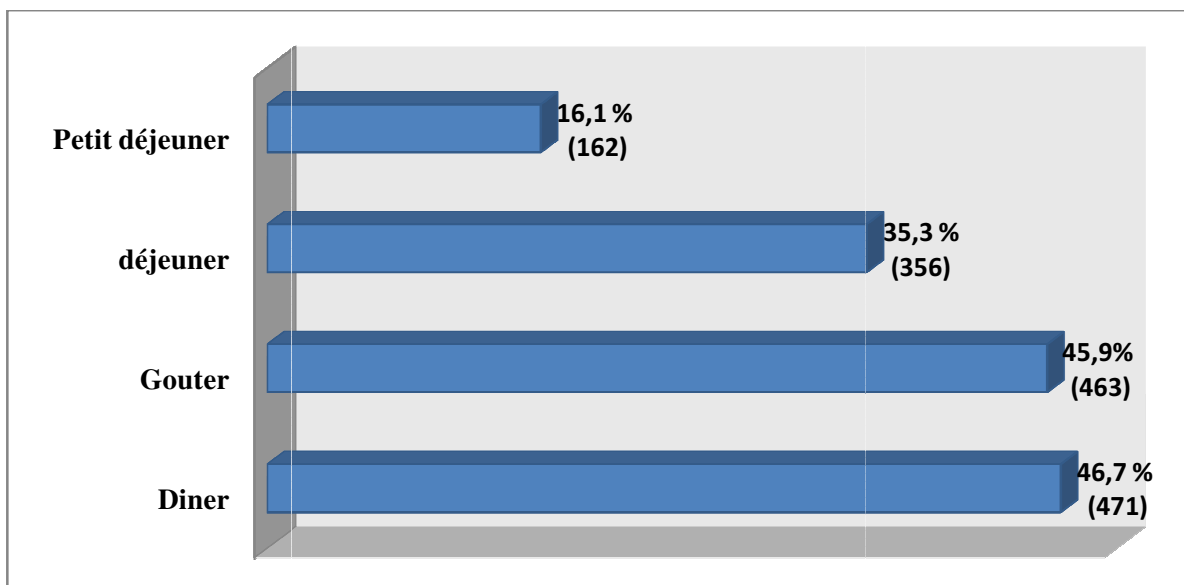




**FIGURE 16 : La prise de gouter pendant les jours d'école versus jours de repos (Mercredi et weekend).**

#### **4- La prise des repas devant la télévision :**

Dans notre échantillon, la majorité des élèves, 46.7% (471), regardaient la télévision pendant le diner, 45.9% (463) pendant le gouter, 35.3% (356) pendant le déjeuner et 16.1% (162) des élèves pendant le petit déjeuner.

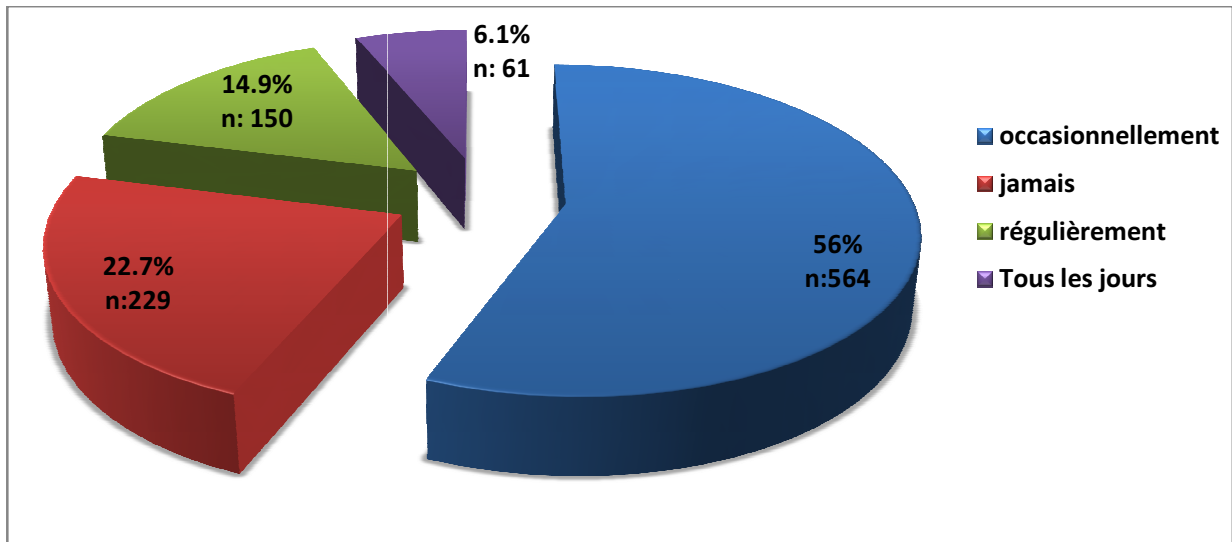


**FIGURE 17 : La répartition des élèves selon les repas pris devant la télévision,**

### **5-Grignotage :**

#### ***a- La pratique du grignotage :***

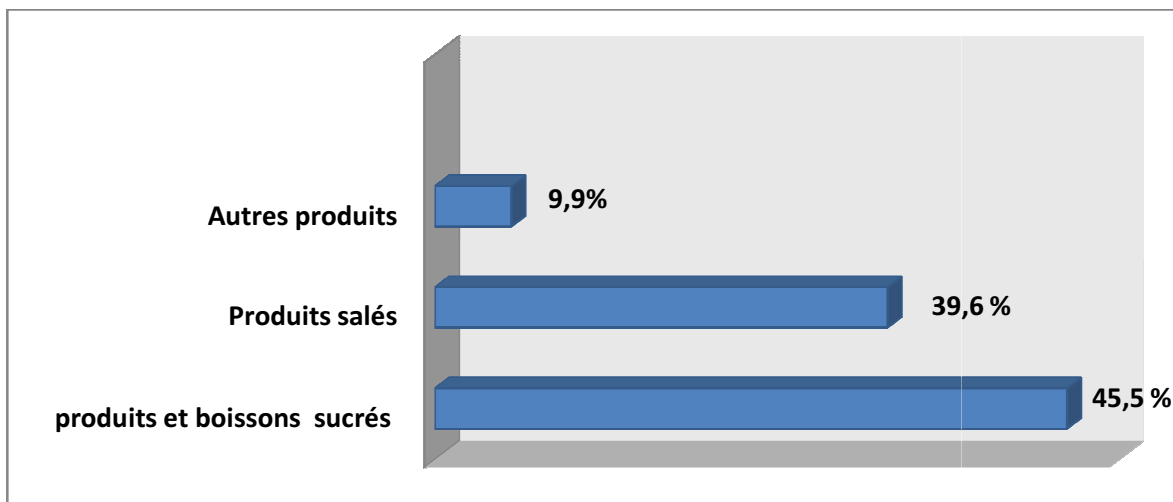
Concernant le grignotage, la majorité des élèves 56% (564) grignotaient occasionnellement et 22.7% (229) ne grignotaient jamais alors que 14.9%(150) des élèves grignotaient régulièrement et 6.1%(61) grignotaient tous les jours.



**FIGURE 18 : Répartition des élèves selon la fréquence du grignotage**

***b-La nature des aliments du grignotage :***

La majorité des élèves, 55.4 % (559), prenaient des produits et boissons sucrés alors que 39.6% (399) prenaient des produits salés et 6.7% (68) des élèves prenaient d'autres produits.



**FIGURE 19 : La nature des produits de grignotage des élèves**

## 6-La fréquentation des fast-foods (restauration rapide)

Dans notre étude, 46.5% (469) des élèves fréquentaient régulièrement (plus d'une fois par semaine) les fast-foods dont 2.2% chaque jours. Alors que 53.5%(539) les fréquentaient rarement ou jamais.

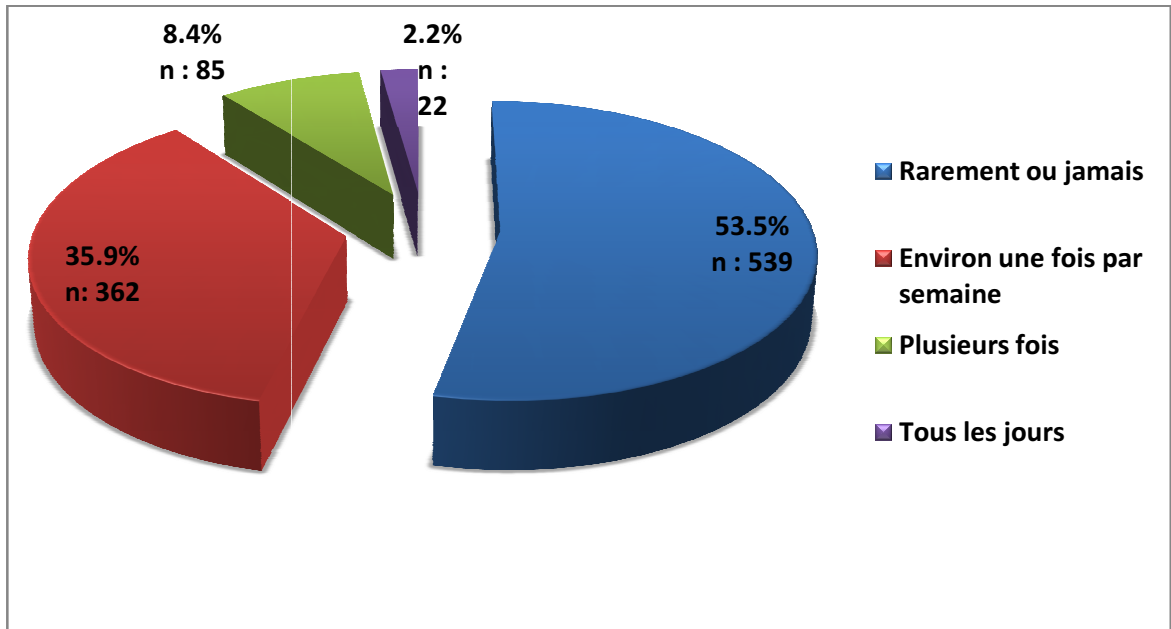
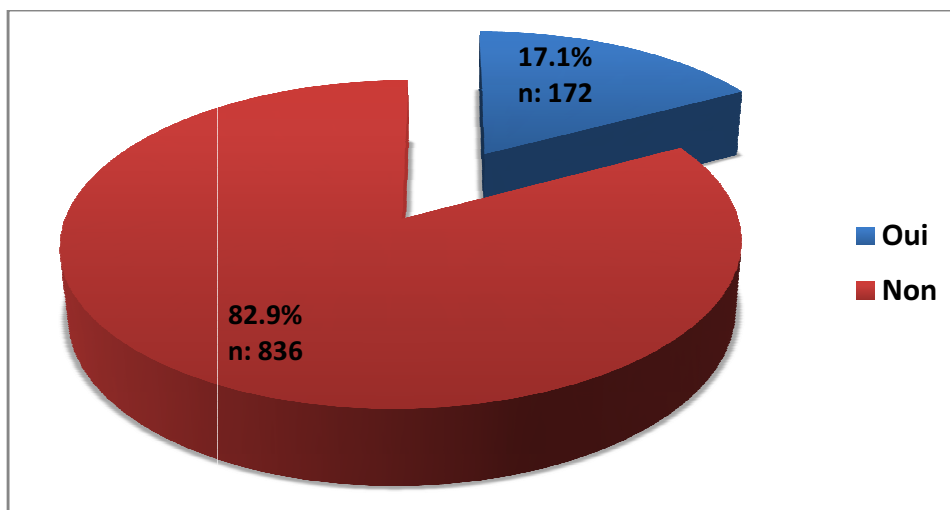


FIGURE 20 : La fréquentation des fast-foods par les élèves

## 7-Suivi de régime par les élèves et leur consommation de compléments alimentaires :

### *a-Suivi de régime :*

Dans notre échantillon, la majorité des élèves 82.9%(836) n'ont jamais fait de régime.



**FIGURE 21 : Pourcentage des élèves qui ont été déjà fait un régime**

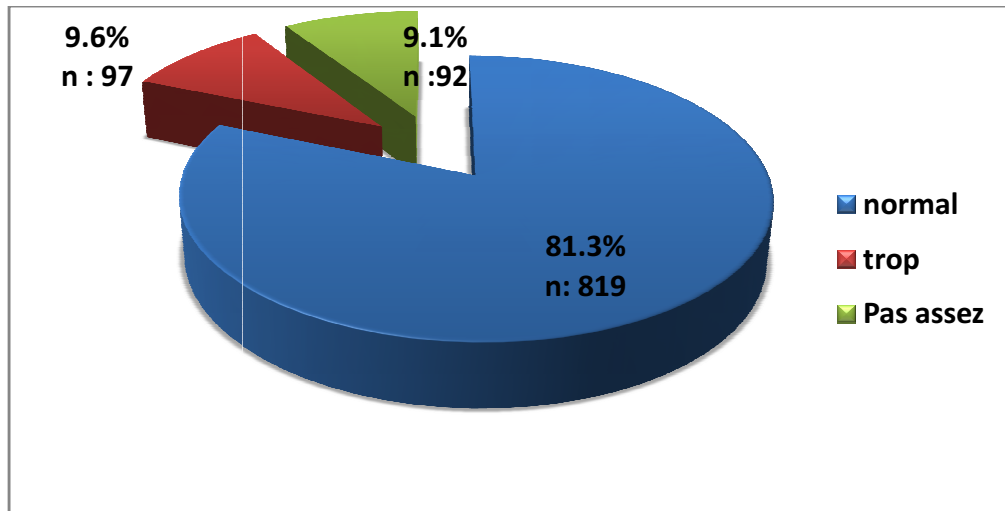
***b-La consommation de compléments alimentaires***

Dans notre échantillon, 6.4 % des élèves ont pris des compléments alimentaires pour améliorer leurs résultats scolaires et 7.8%(79) pour améliorer leurs performances physique et sportives.

**8-Perception des élèves de leur alimentation et influence de la publicité :**

***a-A la question « pensez vous que vous mangez assez »***

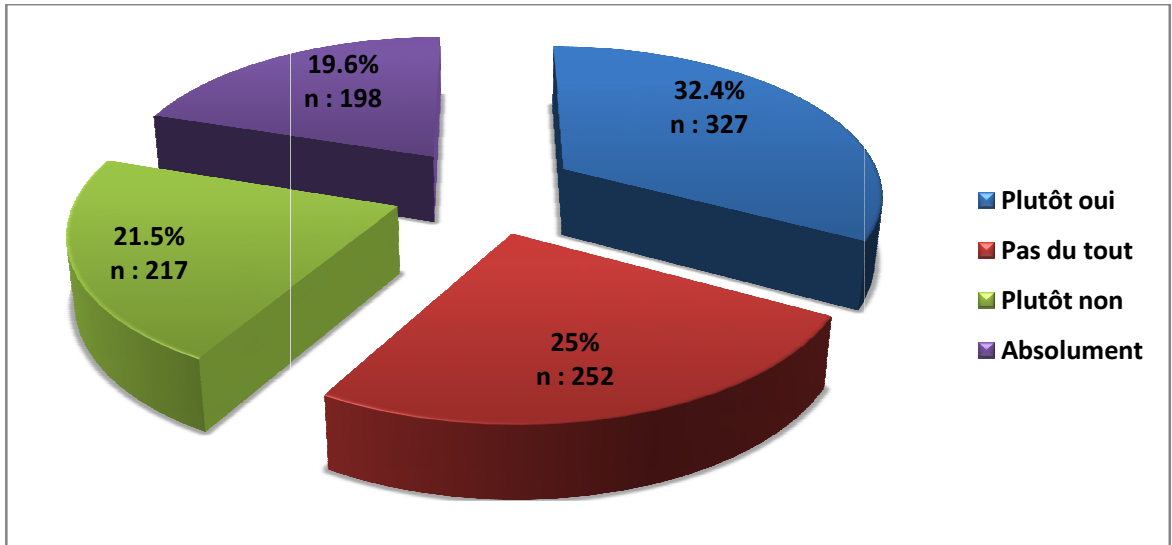
81.3% (819) ont répondu par l'affirmative. Alors que respectivement 9.6% (97) et 9.1% (92) des élèves pensaient qu'ils mangent trop et pas assez.



**FIGURE 22 : La perception des élèves de la qualité de leur mode de manger.**

***b-L'opinion des élèves sur la relation entre alimentation et santé :***

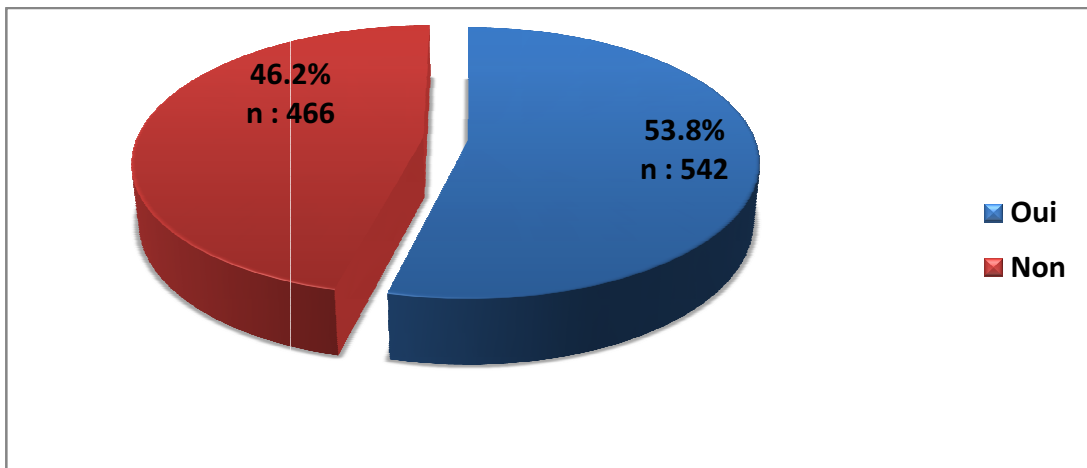
A la question « pensez-vous que la manière de vous nourrir a une influence sur votre santé », La majorité des étudiants 52 % (525) ont répondu « absolument et plutôt oui ». Tandis que, 46.5 % (469) des étudiants ont répondu « plutôt non » ou « pas du tout ».



**FIGURE 23 : L'opinion des élèves sur l'influence de la manière de se nourrir sur la santé.**

*c-Influence de la publicité sur les choix alimentaires :*

La publicité influençait les choix alimentaires de la majorité des élèves 53.8%(542).



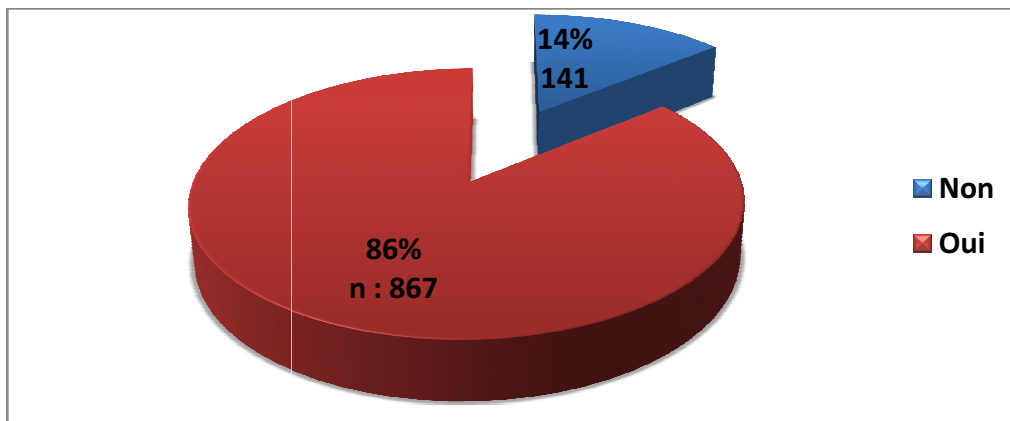
**FIGURE 24 : L'influence de la publicité sur les choix alimentaires des élèves.**

## C-L'élève et l'hygiène de vie.

### *C-1 Résultats relatifs à la pratique de l'activité physique par les élèves :*

#### **a- La pratique ou non de l'activité physique par les élèves**

Seuls 14% (141) des élèves ne pratiquaient aucune activité physique régulière.

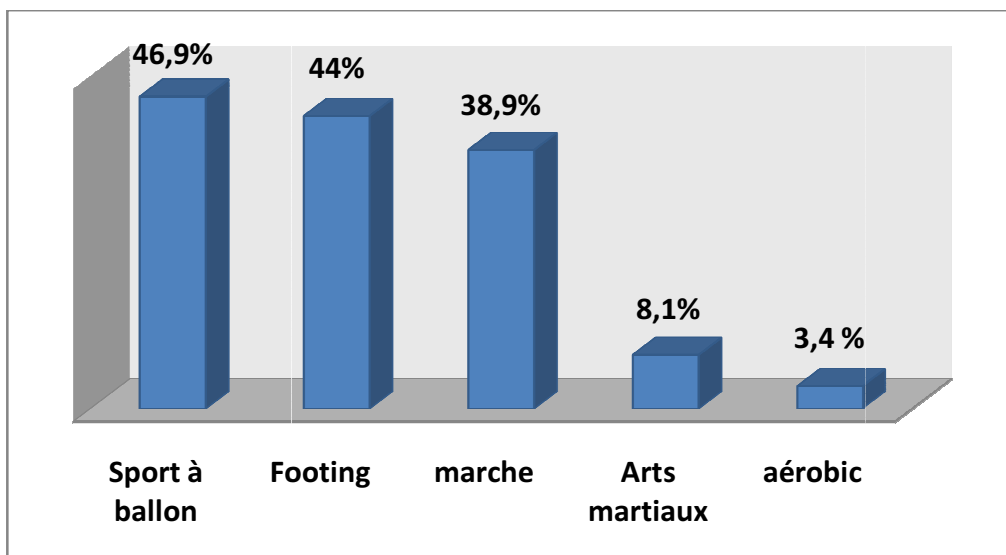


**FIGURE 25 : Répartition des élèves selon leur pratique ou non d'une activité physique régulière.**

#### **b-Les types d'activité physique pratiqués par les élèves :**

Parmi les 867 élèves qui pratiquaient une activité physique, certains pratiquaient plusieurs activités en même temps. La marche/footing représentait l'activité physique la plus pratiquée par les élèves 82.9% (836) suivie par les sports à ballon dans 44% (444) alors que les arts martiaux ne représentaient que 8.1% (82) et l'aérobic 3.4% (34).

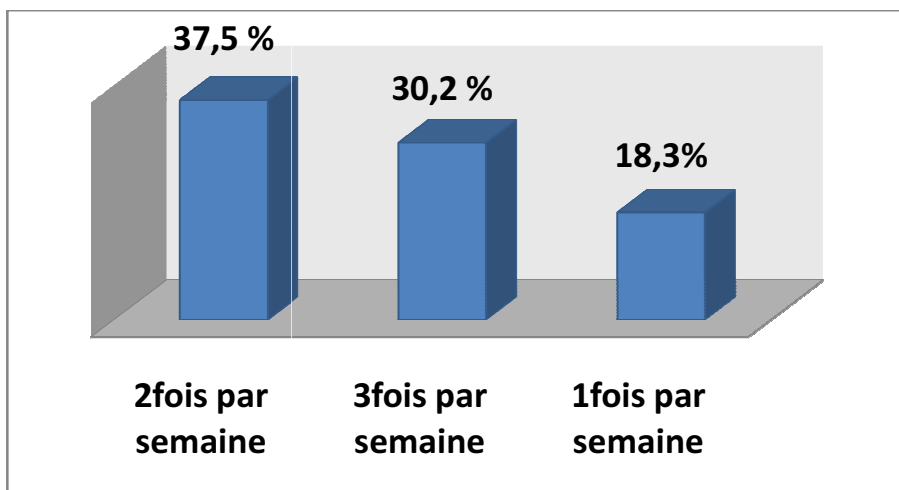




**FIGURE 26 : Répartition des élèves selon le type d'activité physique pratiquée.**

**c-Fréquence par semaine de la pratique de l'activité physique par les élèves:**

Dans notre échantillon, la majorité des élèves 37.5% (378) pratiquaient une activité physique deux fois par semaine, 30.2% (304) des élèves la pratiquait trois fois par semaine et 18.3% (184) des élèves une fois par semaine.



**FIGURE 27 : La fréquence par semaine de la pratique de l'activité physique par les élèves.**

***C-2 Résultats relatifs au sommeil :***

**a-Nombre d'heures de sommeil**

La moyenne d'heures de sommeil par nuit des élèves était de 8h +/- 0.820. Respectivement 43.6% ; 34.7% et 18.2% dormaient 9; 8 et 7 heures par nuit.

**Tableau IV : la répartition des élèves selon la moyenne d'heures de sommeil :**

	Effectifs	Pourcentage
5 h	4	0.4 %
6h	20	2%
7 h	183	18.2%
8 h	439	43.6%
9h	350	34.7%
10	12	1.2%

### **b-Heure de coucher et Heure de réveil**

Dans notre échantillon, la moyenne de l'heure du réveil des élèves était de 7h +/- 30min. Alors que la médiane de l'heure de coucher était de 22 h.

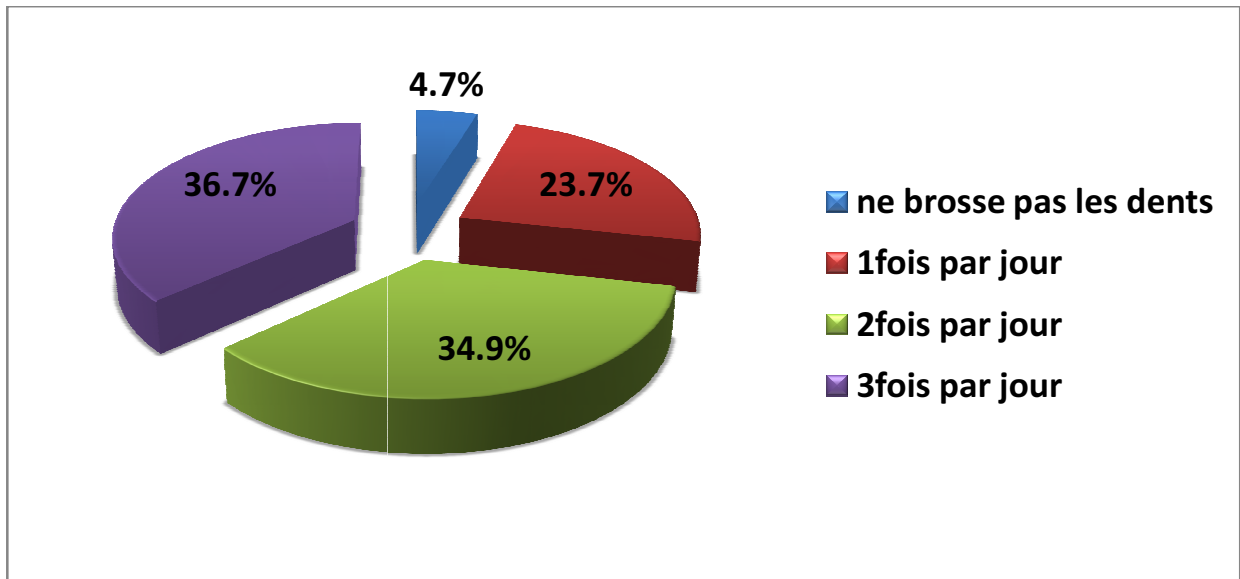
**Tableau V : la médiane et quartile de l'heure de coucher des élèves**

	<b>Médiane</b>	<b>Premier quartile</b>	<b>Troisième quartile</b>
<b>Heure de coucher</b>	<b>22 h</b>	<b>22h</b>	<b>23h</b>

### **C- 3 Résultats relatifs à l'hygiène corporelle de l'élève :**

#### ***a-Le Nombre de fois que l'élève brossait ses dents***

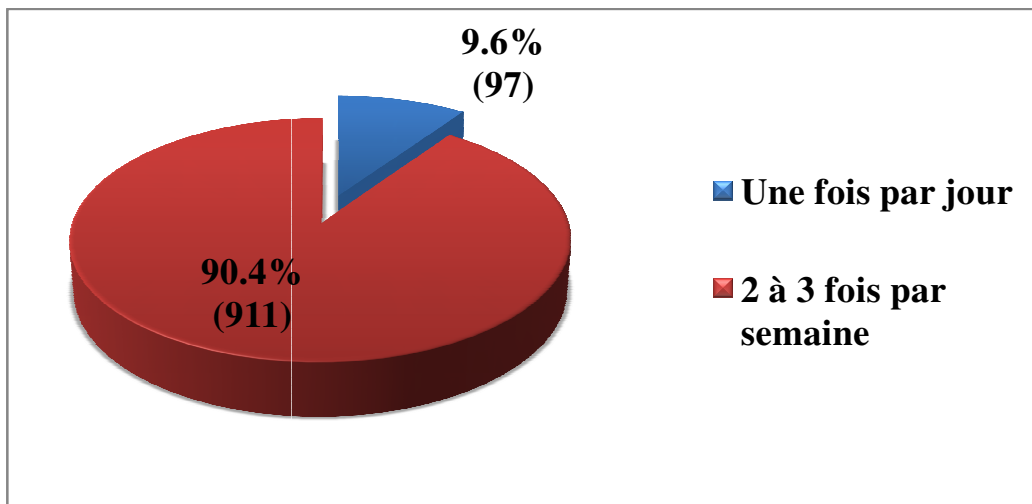
Seuls 36.7% des élèves brossaient leurs dents 3 fois par jour alors que 34.9% les brossaient 2 fois par jour et 23.7% une fois par jour. 4.7 % ne se brossaient pas les dents.



**FIGURE 28 : Répartition selon le nombre de fois que l'élève se brossait les dents**

***b-Le nombre de douche par semaine.***

Quatre vingt quatorze élèves (9.3%) prenaient une douche quotidienne. Alors que 911 (90.4%) prenaient une douche 2 à 3 fois par semaine.



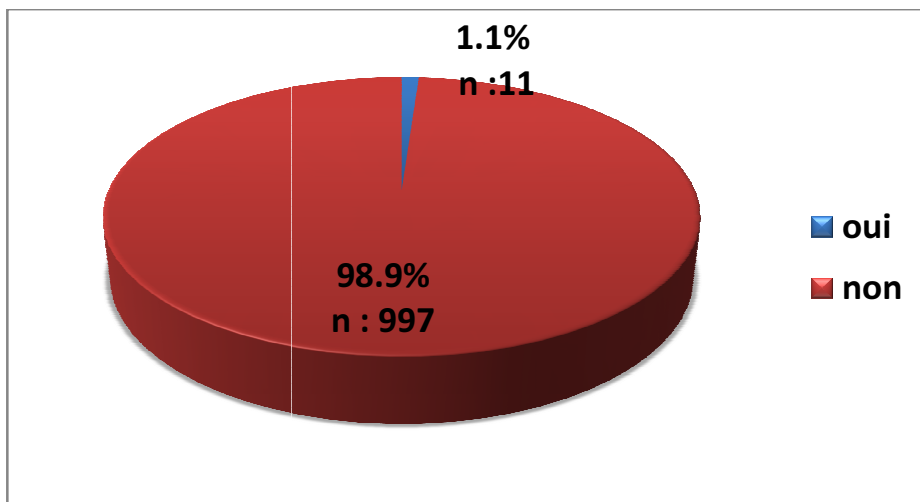
**FIGURE 29 : La fréquence de douche prise par semaine par les élèves.**

#### C-4 Répartition des élèves selon leurs comportements à risque:

##### *a-Tabac :*

- Consommation de tabac.

A la question sur leur consommation de tabac, seuls 11 élèves (1.1%) ont répondu par l'affirmative



**FIGURE 30 : Répartition des élèves selon la consommation de Tabac**

- Caractéristiques des élèves qui fumaient :

Parmi les 11 élèves qui fumaient, six étaient des filles et 5 des garçons. La tranche d'âge 13-14 ans représentait 72.8 de l'ensemble de ceux qui fumaient.

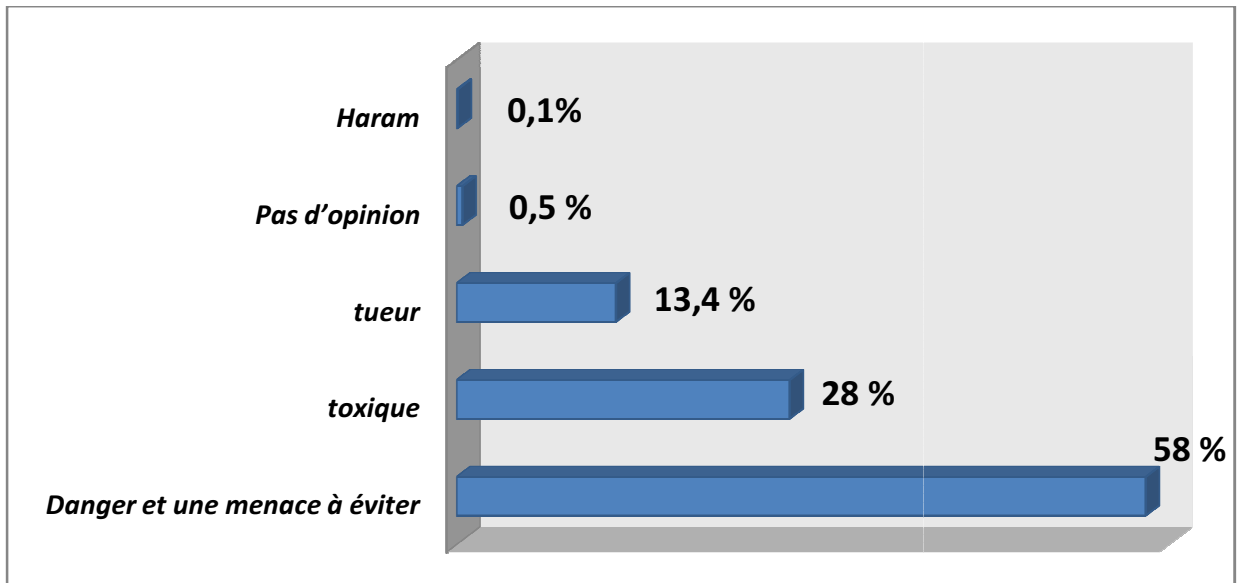
**Tableau VI : Répartition des élèves qui fumaient en fonction de l'âge et du sexe.**

Age	Filles	Garçons
12 ans	1	-
13 ans	1	3
14 ans	2	2
15 ans	1	-
16 ans	1	-

- l'opinion des élèves sur le tabac

La majorité des élèves, 58 % (585), ont répondu que c'est un danger et une menace à éviter. Respectivement, 28% (282) et 13.4%(135) des élèves trouvaient que c'est « toxique » et c'est « un tueur ». Un élève 0.1%(1) avançait que c'est « Haram » alors que 0.5% (5) des élèves n'avaient pas d'opinion.

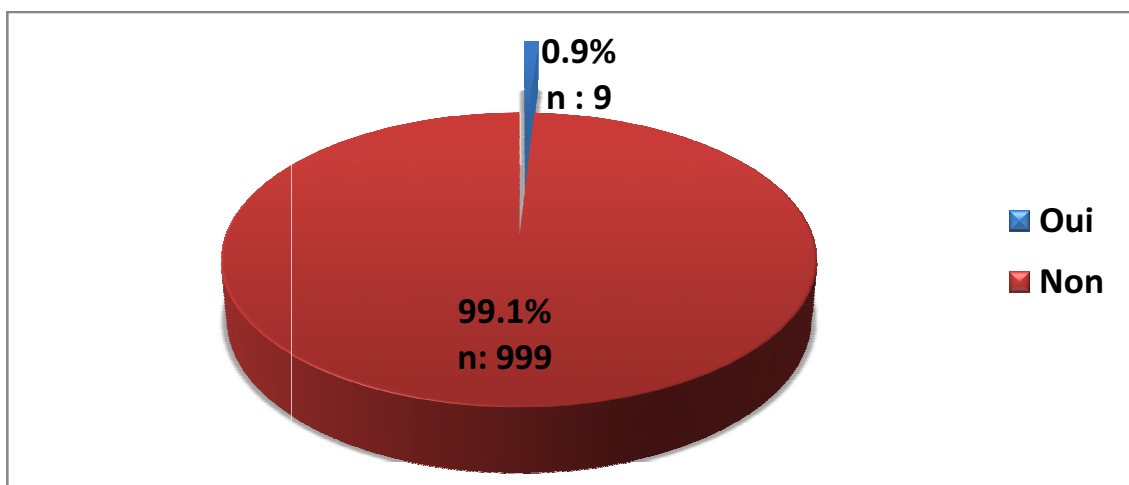
Parmi les collégiens qui fumaient 3 trouvaient que c'est « toxique », 5 trouvaient que c'est un « danger », un que c'est un « tueur » et deux étaient sans opinion.



**FIGURE 31: L'opinion des élèves sur le tabac**

***b-Consommation de drogues***

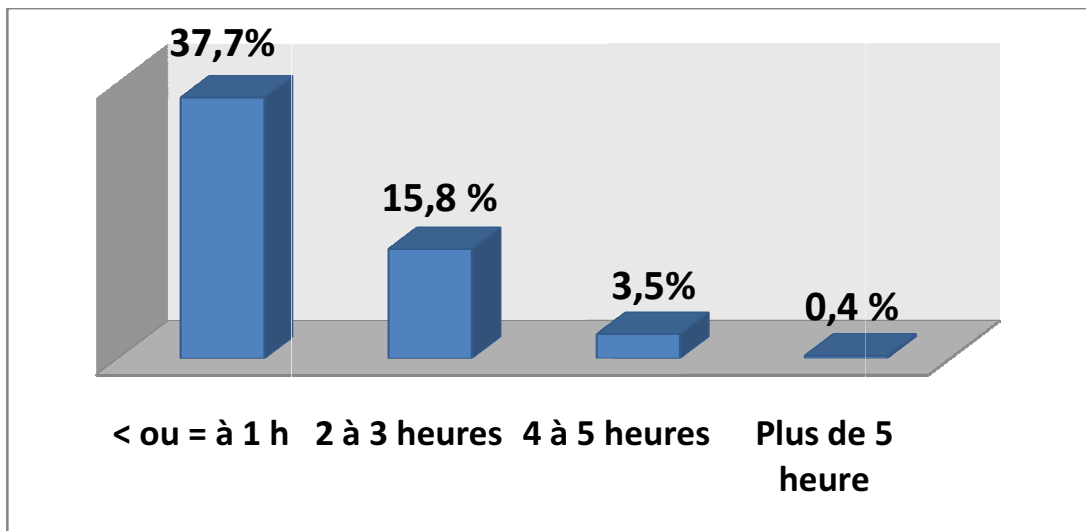
Dans notre étude, 0.9% (9) des élèves ont déjà consommé des drogues.



**FIGURE 32 : Le nombre d'élèves ayant déjà consommé des drogues.**

### *c-Utilisation de « baladeurs »*

Plus que la moitié, 57.3% des élèves possédaient un baladeur. Le nombre d'heures « d'utilisation de baladeur » par jour était de moins d'une heure par jour pour 37.7% (380) des élèves, entre 2 à 3 heures pour 15.8% (159), entre 4 à 5 heures pour 3.5% (35) des élèves et de plus de cinq heures pour 0.4% (4) des élèves. Cent soixante et onze (17%) élèves dormaient avec le baladeur.

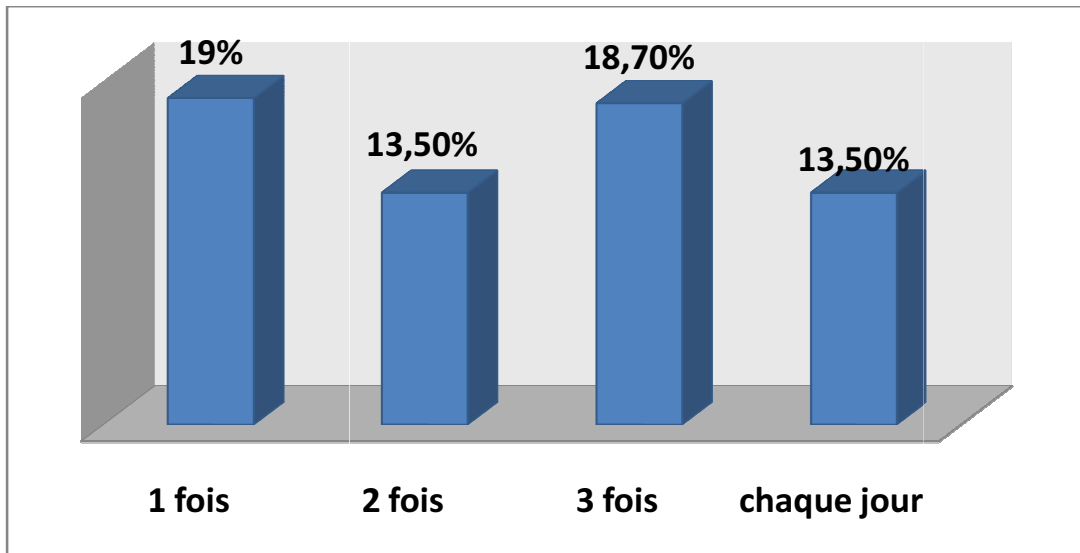


**FIGURE 33: Nombre d'heure par jour «d'utilisation de baladeur» par les élèves.**

### **C-5 La répartition des élèves selon les jeux vidéo**

Nos résultats ont montré que la moyenne d'heures par jour de jeux vidéo était de 4h. Les élèves jouaient aux jeux vidéo chaque jour dans 13.5% des cas alors que respectivement 18.4%, 13.5% et 19% jouaient 3,2 et une fois par semaine.

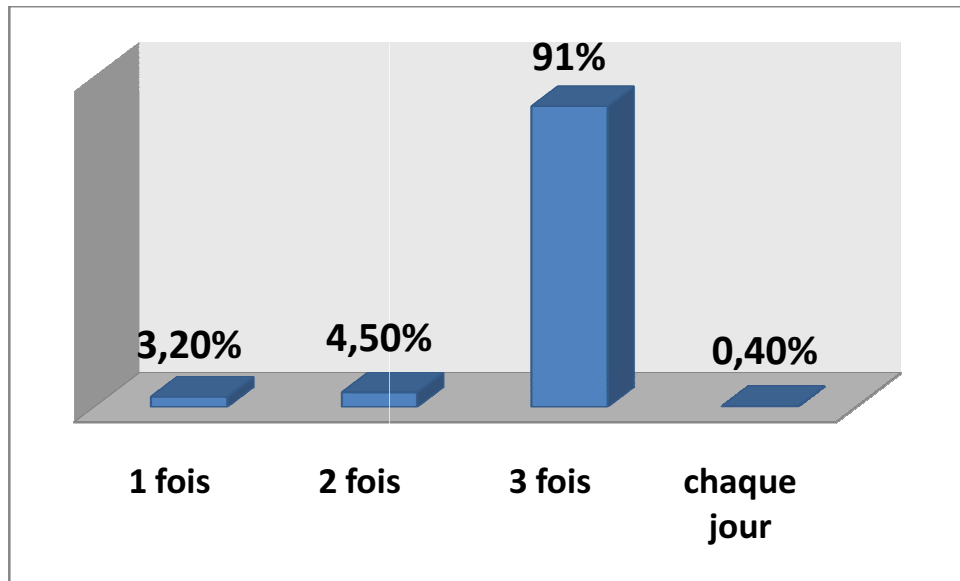




**FIGURE 34 : La répartition des élèves selon le nombre de fois par semaine de jeux vidéo.**

#### **C-6 Répartition des élèves selon la télévision**

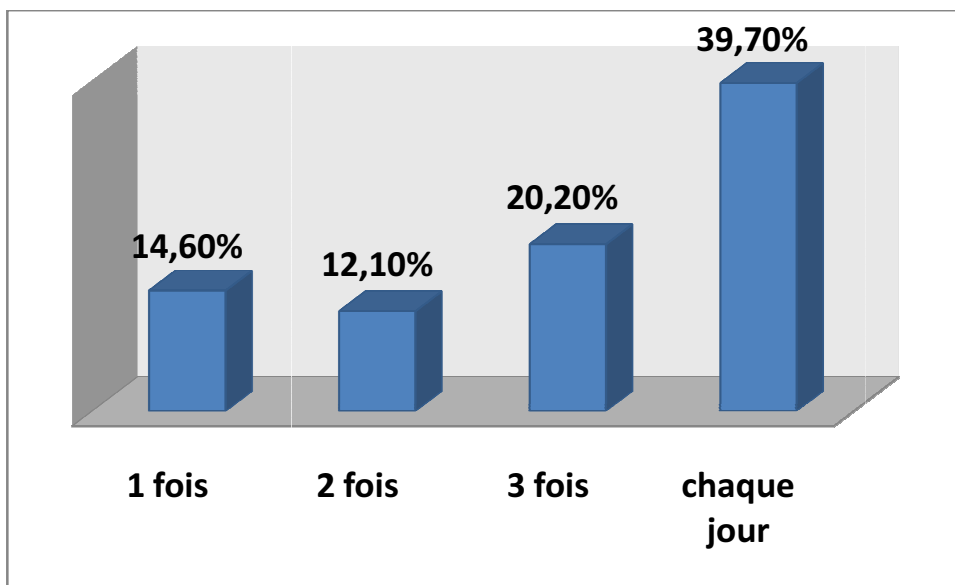
Les résultats ont montré que la moyenne d'heures par jour de télévision était de 5h +/- 1h. Les collégiens regardaient la télévision chaque jour dans 0.4% des cas alors que respectivement 91%, 4.5% et 3.2% la regardaient 3, 2 et une fois par semaine.



**FIGURE 35 : La répartition des élèves selon le nombre de fois par semaine qu'ils regardaient la télévision.**

#### **C-7 Répartition des élèves selon l'utilisation de l'internet.**

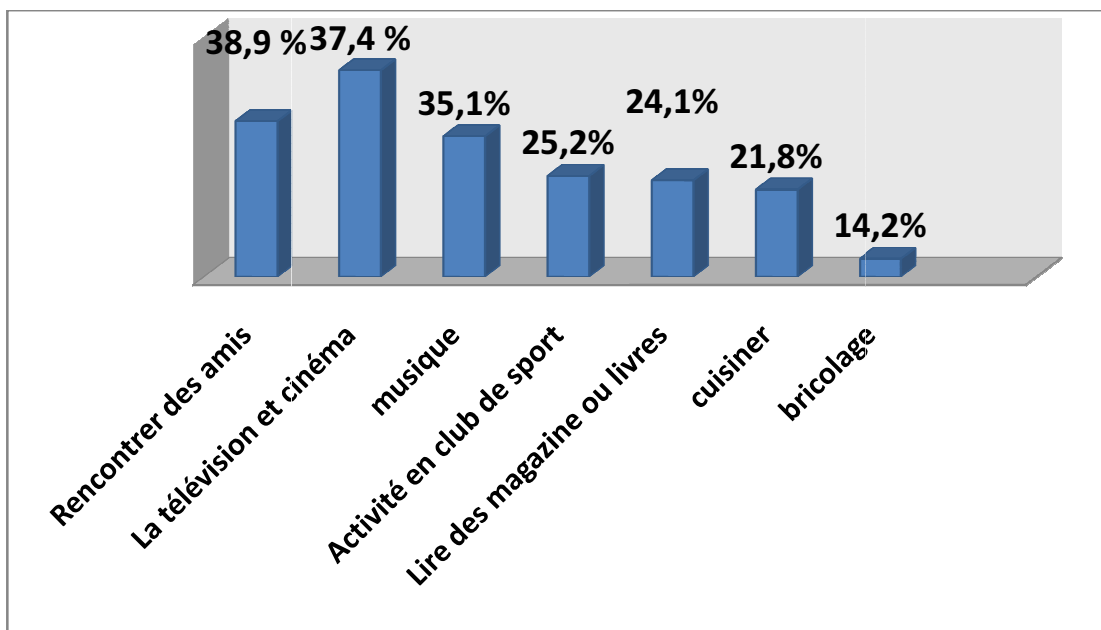
Dans notre étude, la moyenne d'heure par jour d'utilisation d'internet par les élèves était de 4h +/- 30 min. Plus du tiers, 39.7%, utilisaient l'internet chaque jour alors que respectivement 20.2%, 12.1% et 14.6% l'utilisaient 3, 2 et une fois par semaine.



**FIGURE 36 : Répartition des élèves selon le nombre de fois par semaine d'utilisation d'internet.**

### **C-8 Loisirs :**

Dans notre échantillon, la majorité des élèves 38.9% (392) passaient leur temps libre entre amis, 51.6% (520) des élèves regardaient la télévision ou allaient au cinéma. Respectivement 35.1% (354), 24.1% (243) et 25.2% (254) des élèves écoutaient de la musique, lisaient des magazines ou des livres et fréquentaient des clubs de sport. Quarante cinq (4.5%) élèves avaient des activités de bricolage et 21.8%(220) cuisinaient parmi ces derniers 44.5% (98) étaient de sexe masculin.



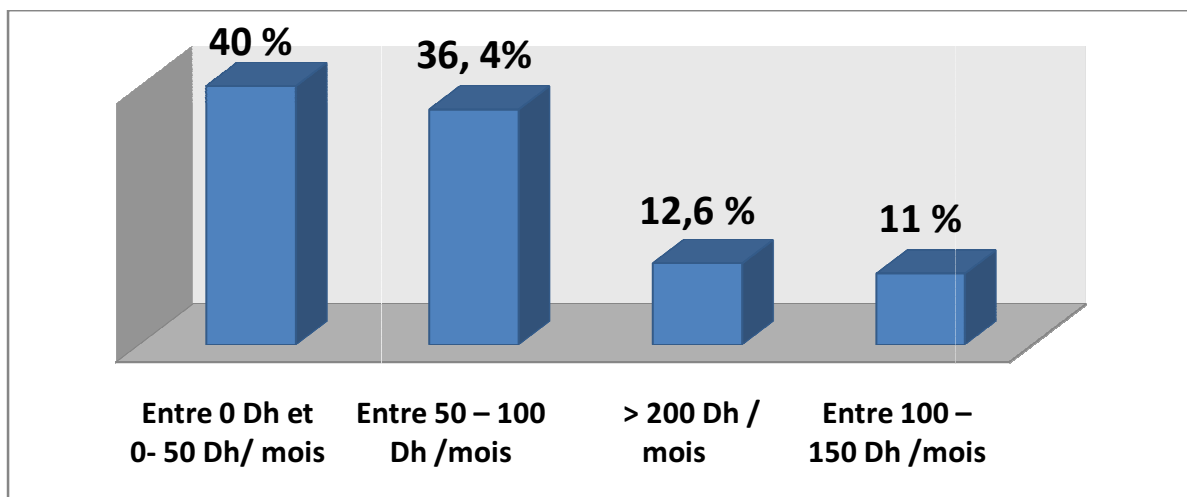
**FIGURE 37 : Loisirs des élèves.**

## **D- L'ELEVE ET L'AUTONOMIE.**

### **1 Résultats relatifs à la relation des élèves avec *l'argent* :**

#### **a) Les sommes d'argent en Dirhams par mois dont disposaient les élèves :**

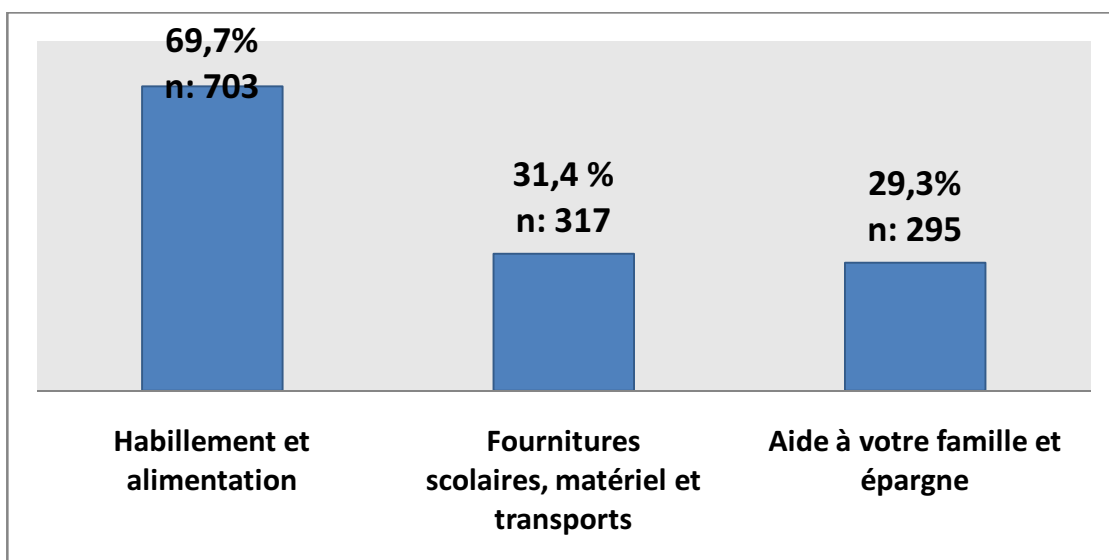
Quarante pour cent (403) des élèves avaient entre 0 Dh et 0-50 Dh par mois alors que 36.4%(367) avaient entre 50 et 100 Dh par mois. Cent vingt sept (12.6%) des élèves avaient plus de 200 Dh par mois et 11% (111) des élèves avaient entre 100-150 Dh par mois.



**FIGURE 38 : La moyenne des sommes en Dh par mois dont disposait chaque élève pour ses dépenses**

**b) Comment les élèves utilisaient leur argent.**

La majorité des élèves, 69.7% (703) utilisaient leur argent pour leur habillement et alimentation alors que 31.4% (317) l'utilisaient pour acheter des fournitures scolaires et pour les transports. Deux cent quatre vingt cinq (29.3%) élève l'utilisaient pour aider leurs famille et pour épargner.

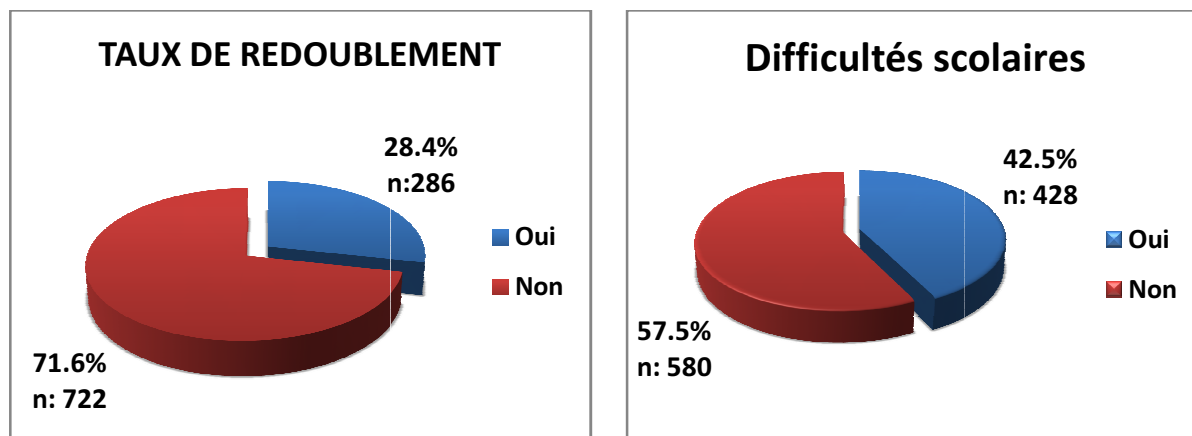


**FIGURE 39 : Comment les élèves utilisaient leur argent**

**E- Résultats relatifs à la relation des élèves avec le collège et la vie estudiantine :**

**a) Difficultés scolaires et redoublement :**

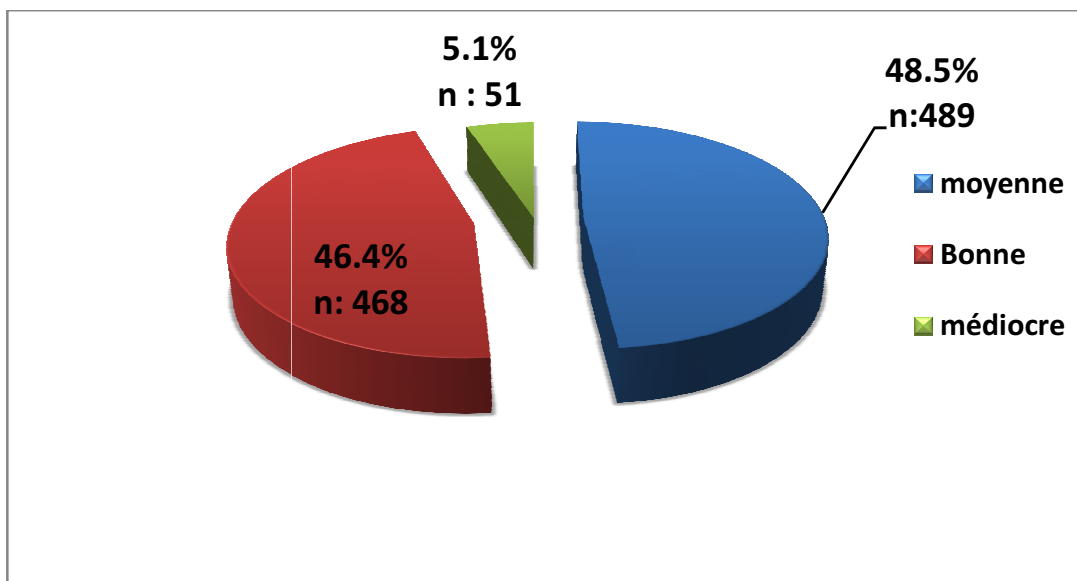
Dans notre échantillon, 28.4% (286) des élèves ont été des redoublants et 42.5% (428) ont avancé avoir des difficultés scolaires.



**FIGURE 40 : Le taux de redoublement et de difficultés scolaires chez les élèves enquêtés.**

**b) L'opinion des élèves sur leur orientation scolaire actuelle.**

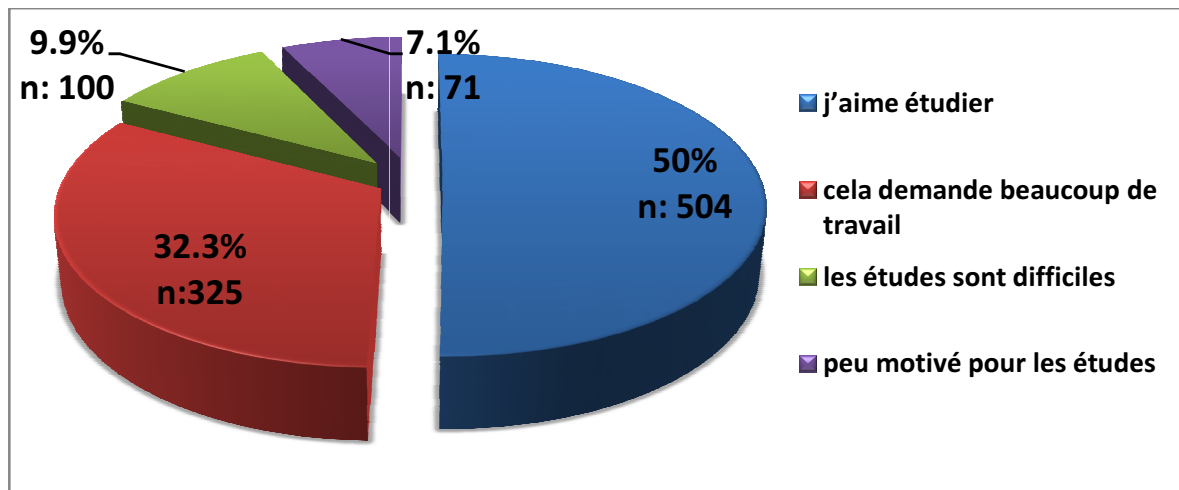
Seuls 46.4%(468) des élèves avaient une bonne satisfaction de leur orientation scolaire alors que 48.5% (489) avaient une satisfaction moyenne et 5.1% (51) des élèves n'étaient pas satisfaits.



**FIGURE 41 : L'opinion des élèves sur leur orientation scolaire actuelle.**

### **c) L'opinion des élèves sur leur travail scolaire**

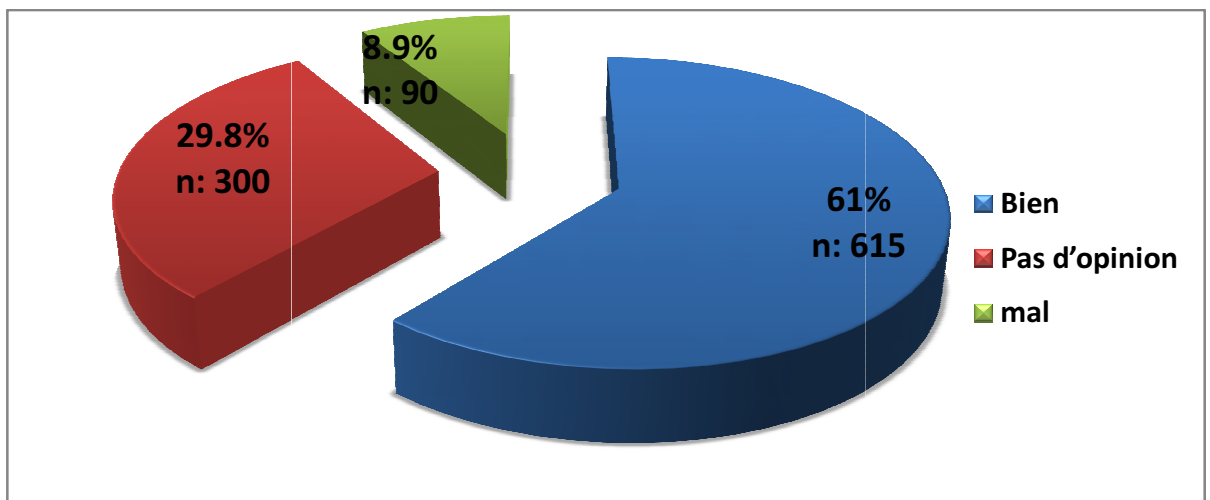
Concernant leur opinion sur leur travail scolaire, la majorité des élèves 50%(504) ont répondu « aimer étudier » tandis que respectivement 32.3% (325) et 9.9% (100) des élèves trouvaient que le travail scolaire « demandait beaucoup d'efforts » et « difficiles ». Le pourcentage d'élèves « très peu motivé » était de 7.1% (71).



**FIGURE 42 : L'opinion des élèves sur leur travail scolaire.**

#### **d) L'appréciation des élèves de leur vie dans le collège**

Dans notre étude, 61% (615) des élèves « se sentaient bien » dans le collège alors que 8.9% (90) « se sentaient mal ». Presque un tiers des élèves (29.8%) étaient sans opinion.



**FIGURE 43 : L'appréciation des élèves de leur vie dans le collège.**

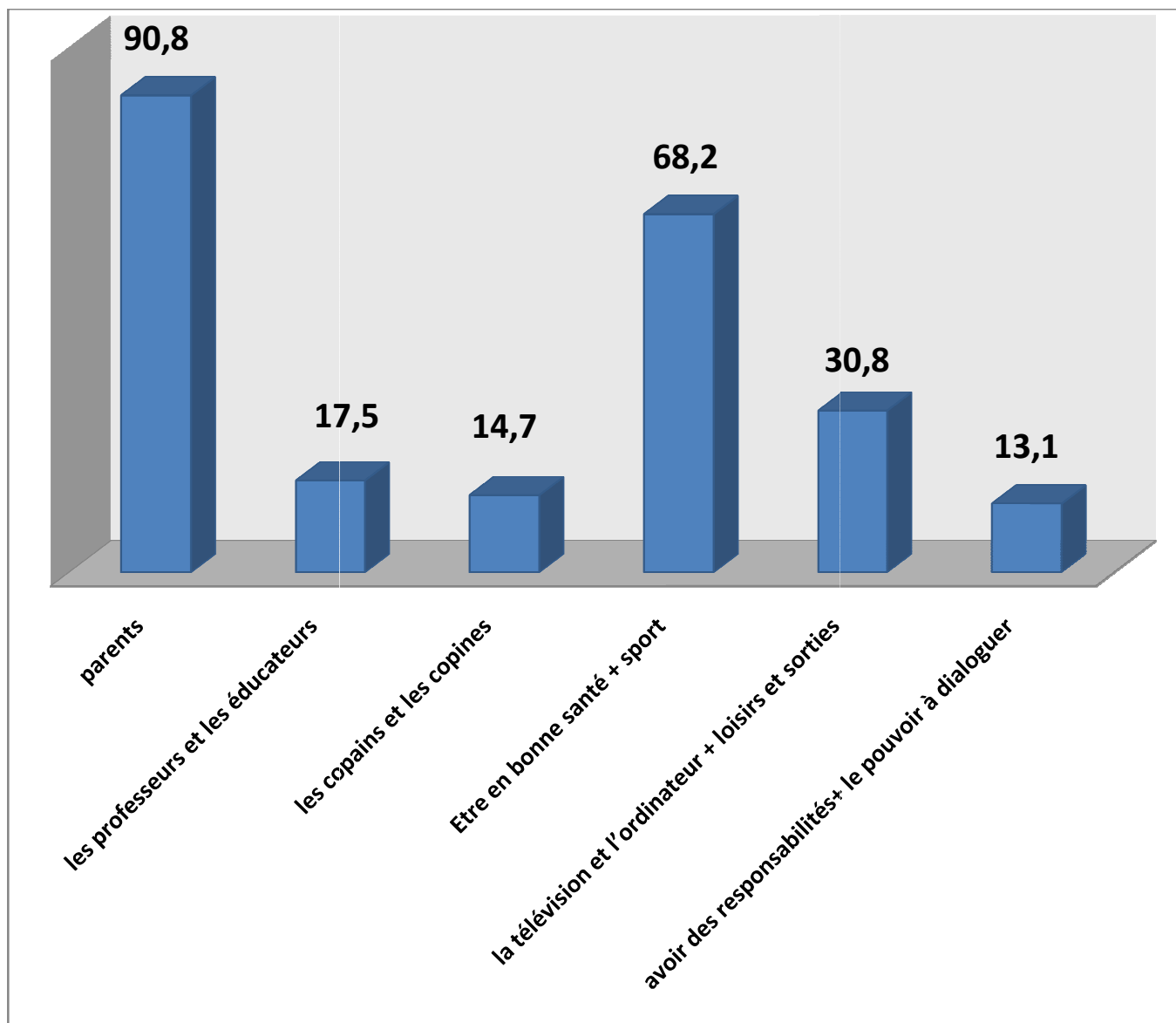


## **F- Résultats relatifs aux aspects psychologiques :**

### ***1 Préférences et objectifs de vie des élèves***

#### **a) « Ce qui compte le plus » pour les élèves :**

Les parents étaient « ce qui compte le plus » pour la majorité des élèves 90.8% (915) alors que pour respectivement 17.5% (176) et 14.7% (148) des élèves c'étaient les « professeurs et les éducateurs » et les « copains et les copines ». La « bonne santé » était ce qui comptait pour 44.1% (445) des élèves. Le sport, « la télévision et l'ordinateur » et « les loisirs et les sorties » étaient ce qui comptait pour les élèves dans respectivement, 24.1% (243), 16% (161) et 14.8% (149) des cas. Tandis que pour 6.8%(69) des élèves c'était « Avoir des responsabilités » et pour 6.3% (63) des élèves « pouvoir dialoguer ».

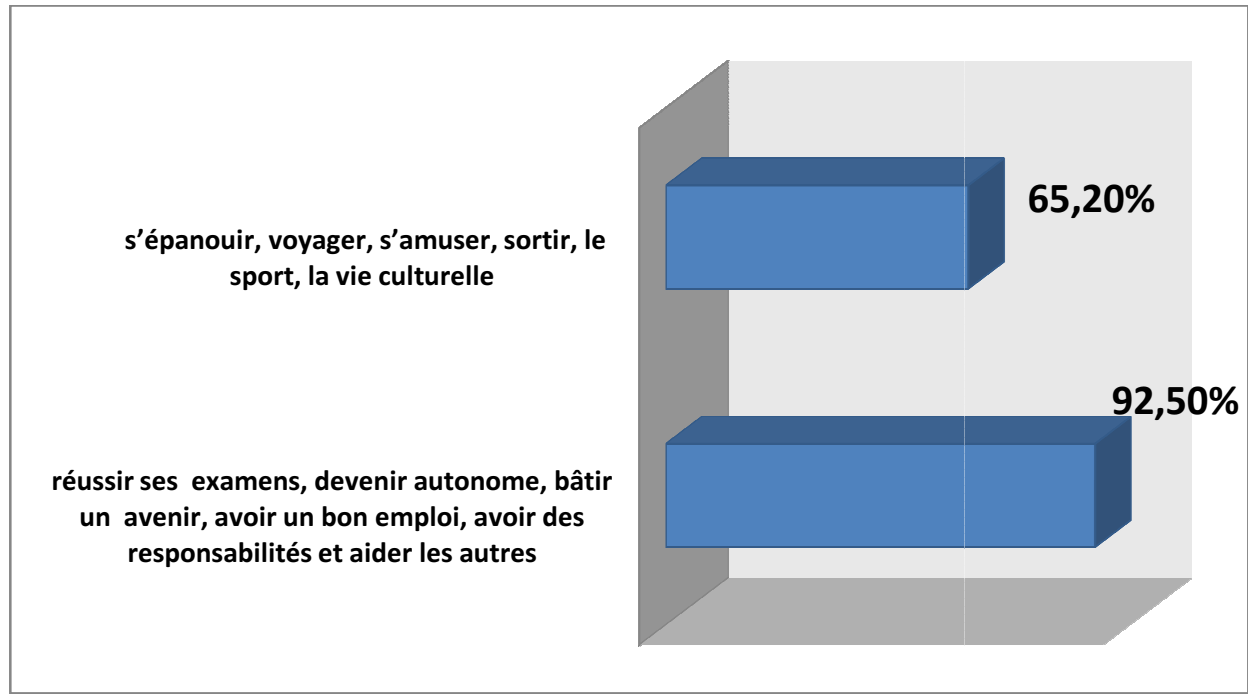


**FIGURE 44 : Répartition des élèves selon « ce qui compte le plus pour eux »**

**b) Les principaux objectifs de vie des élèves :**

Pour cette question, les élèves avaient droit à une ou plusieurs réponses. La majorité d'entre eux, 92.5% (932), avaient comme objectifs de vie « réussir leurs examens, devenir autonome, bâtir un avenir avoir un bon emploi, avoir

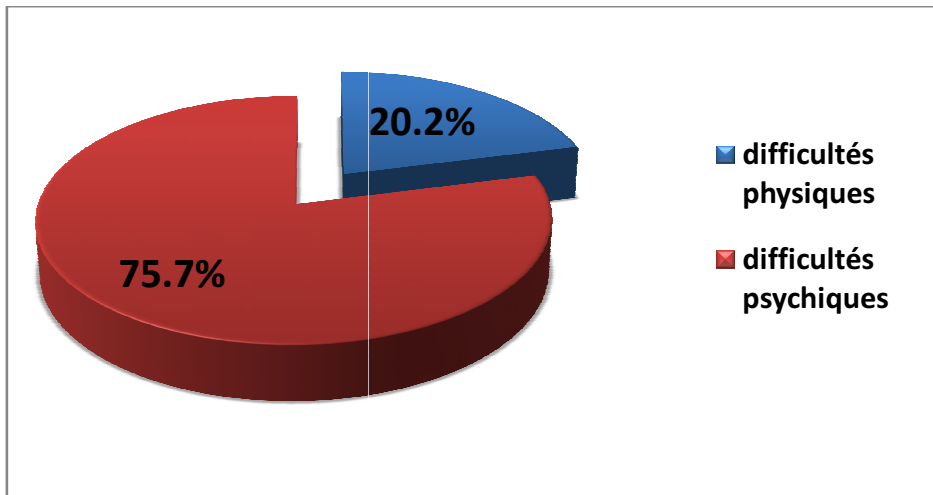
des responsabilités et aider les autres » alors que 65.2% voudraient « s'épanouir, voyager, s'amuser, sortir, le sport, la vie culturelle ».



**FIGURE 45 : Les principaux objectifs de vie des élèves.**

**c) Le pourcentage d'élèves avec des difficultés :**

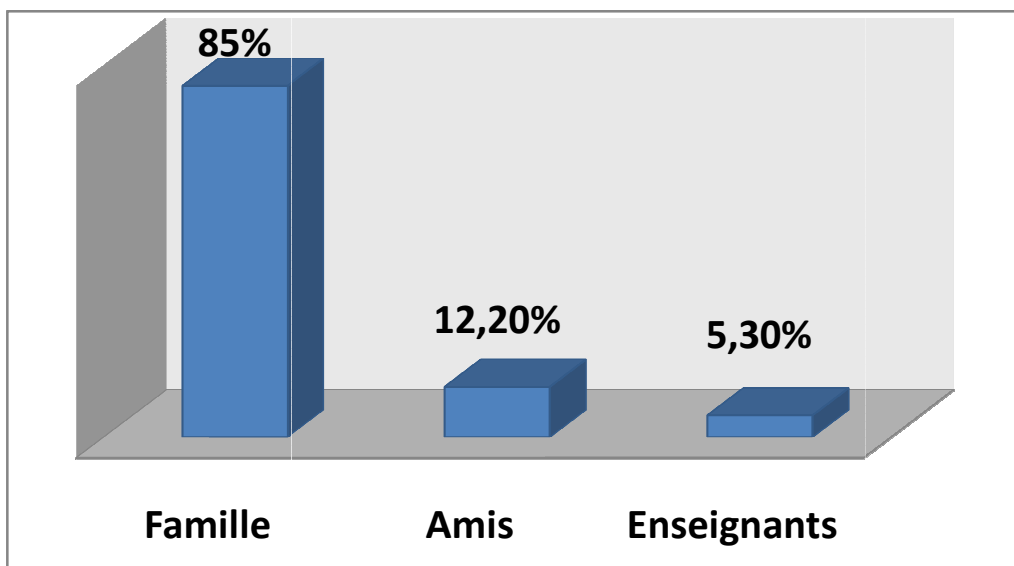
Seuls 24.3 % des élèves avaient déclaré ne pas avoir de difficultés. Parmi ceux qui avaient des difficultés, 20.2 % (204) avaient des difficultés physiques et 75.5 % (763) avaient des difficultés psychiques.



**FIGURE 46 : Répartition des élèves selon le type de difficultés rencontrées.**

**d) En cas de difficultés graves, à qui vous confiez-vous ?**

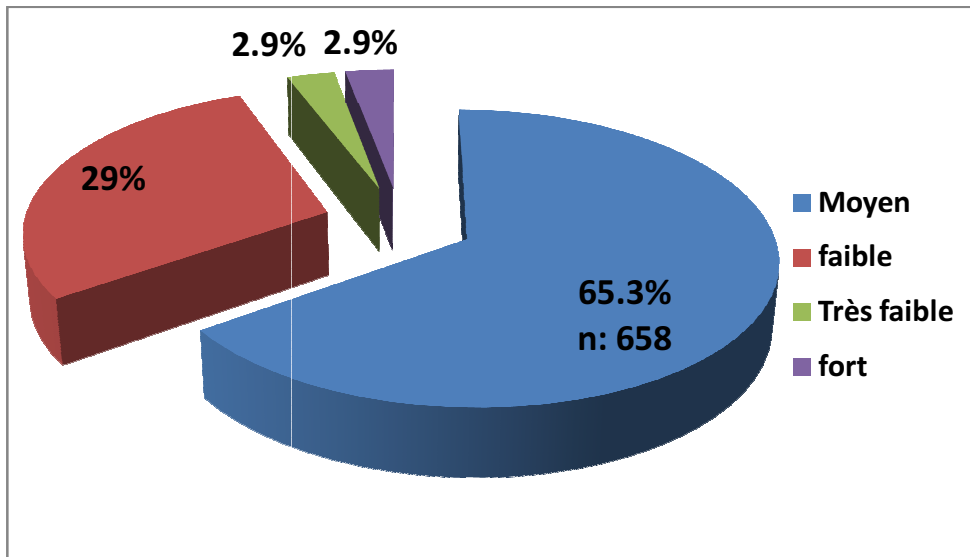
Les élèves se confiaient le plus souvent à leur famille 85% (857), alors que 5.3% (53) se confiaient aux enseignants et 12.2% (123) à leurs amis.



**FIGURE 47: Les personnes à qui les élèves se confiaient en cas de difficultés.**

### G- Estime de soi des élèves :

Les résultats de l'Echelle d'estime de soi de ROSENBERG dans sa version arabe ont montrés que seuls 2.9% (29) des élèves avaient une estime de soi fort et que la majorité des élèves, 65.3% (658), avaient une estime de soi moyen. Les pourcentages d'élèves avec une estime de soi faible et très faible étaient respectivement de 29% (292) et 2.9% (29).

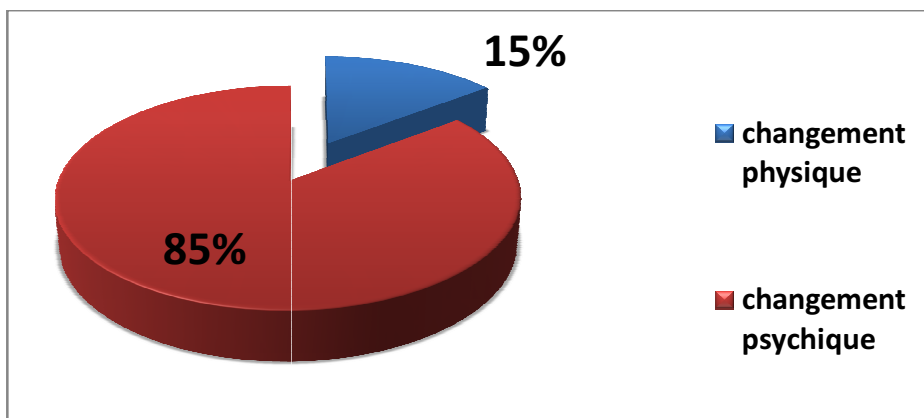


**FIGURE 48 : L'estime de soi des élèves selon l'Echelle d'estime de soi de ROSENBERG version arabe**

### H - Les opinions des élèves sur le processus de l'Adolescence

#### *1-l'opinion des élèves sur les changements associés à l'adolescence*

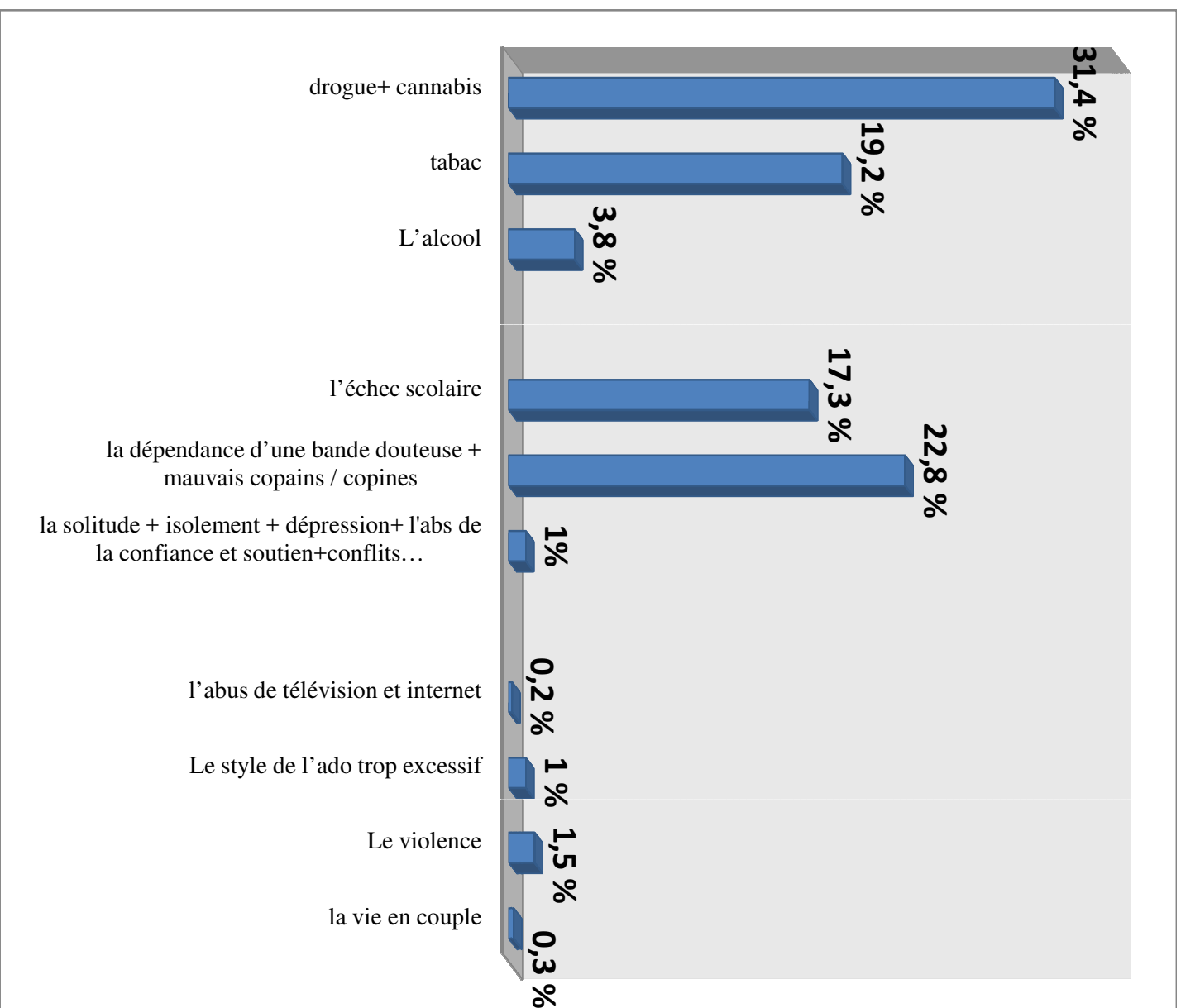
Pour 15% des élèves, ce qui caractérise l'adolescence étaient les changements physiques alors que pour 85% c'étaient les changements psychiques. Ces derniers étaient en rapport avec des changements relationnels dans 79% (796) des cas.



**FIGURE 49 : L'opinion des élèves sur la nature du changement au cours d'adolescence.**

***2-L'opinion des collégiens sur les principaux dangers à éviter lorsque l'on est adolescent(e).***

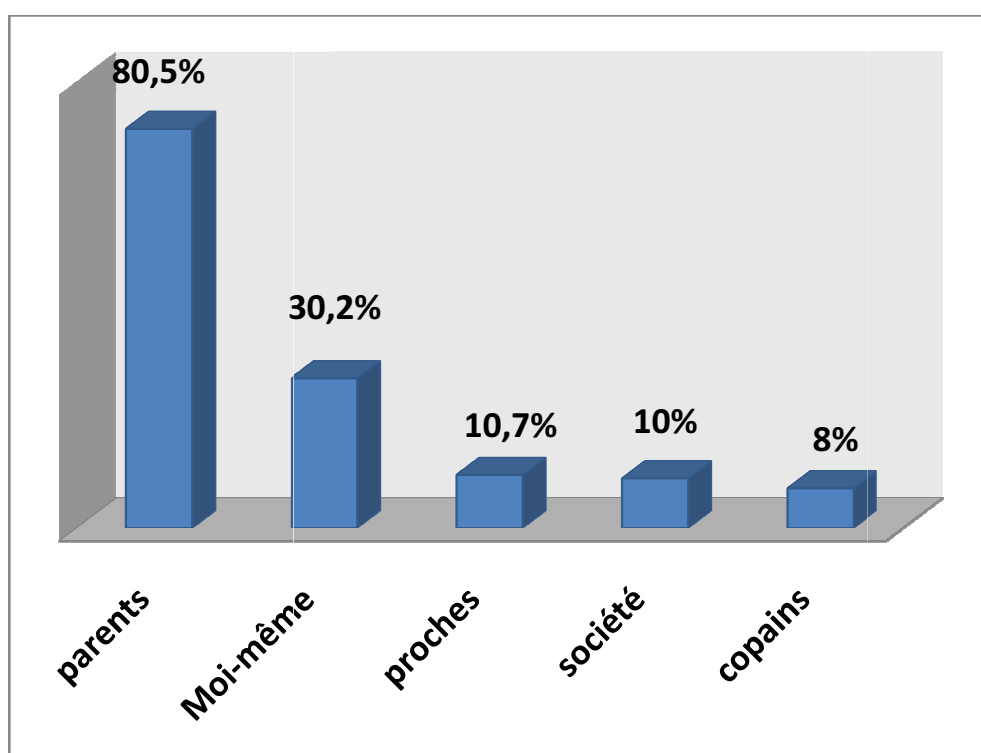
Dans notre échantillon, pour respectivement 31, 4% (312), 19.2% (194) et 3.8% (38) des élèves, les principaux dangers auxquels sont exposés les adolescents étaient les drogues, le tabac et l'alcool. Pour 22.8% (203) des élèves c'étaient les mauvais copains et copines et « se mettre sous la dépendance d'une bande douteuse ». L'échec scolaire a été avancé par 17.3% (174) des élèves alors que pour 1% c'était la solitude et isolement, la dépression, et l'absence de confiance. Pour 1.5% (15) des élèves c'était la violence alors que 1% (10) des élèves c'était le style de l'adolescent trop excessif. Pour trois élèves (0.3%) c'était la vie en couple et pour deux (0.2%) c'était l'abus de télévision et d'internet. Pour 11 élèves (1.1%) il n'y avait pas de danger.



**FIGURE 50 : Les principaux dangers à éviter pendant l'adolescence selon les élèves.**

### ***3-L'avis des collégiens sur les personnes qui dictent une ligne de conduite aux adolescents.***

Dans notre échantillon, pour la majorité des élèves, 80.5%(811), c'étaient les parents qui étaient aptes à dicter une ligne de conduite aux adolescents. Pour respectivement 10.7%(108), 10%(101) et 8%(81) des élèves c'étaient les proches, la société et les copains. Trois cent quatre (30.2%) élèves estimaient que les adolescents eux même doivent dicter leur ligne de conduite.



**FIGURE 51 : L'avis des élèves sur qui est le mieux placé pour proposer une ligne de conduite aux adolescents**



## II-ETUDE ANALYTIQUE :

On a étudié toutes les variables pour chercher une éventuelle corrélation entre elles. On ne présentera que celles ayant une relation statistiquement significative ( $p < 0.05$ ).

### A-Alimentation :

Seuls la fréquentation des fast-foods, le suivi d'un régime et la perception de manger avaient des relations statistiquement significatives.

#### *1-La fréquentation des fast-foods :*

Dans notre étude, les deux variables qui influençaient la fréquentation des fast-foods étaient le sexe et âge. En effet, les filles fréquentaient plus les fast-foods que les garçons ( $p : 0.04$ )

**Tableau VII : La fréquentation des fast-foods en fonction du sexe et de l'âge :**

		Rarement ou jamais	une fois par semaine	Plusieurs fois	Tous les jours	P
<b>Sexe (%)</b>	Garçons	44.5	44.5	58.8	59.1	0.04
	Fille	55.5	55.5	41.2	40.9	
<b>Classes d'âge (ans) (%)</b>	11 – 12	17.4	11.3	18.8	9.1	0.00
	13 – 14	57	47	50.6	40.9	
	15 – 16	23.2	38.1	30.6	40.9	

### ***2-Suivi de régime :***

Les variables en relation avec le suivi d'un régime étaient l'âge et l'estime de soi. Les élèves de la tranche d'âges 13-14 ans étaient ceux qui avaient le plus suivi un régime (p : 000). De même ceux avec une estime de soi moyen (p : 0.02).

**Tableau VIII : Le suivie de régime en fonction de l'estime de soi et l'âge :**

	<b>Non %</b>	<b>Oui %</b>	<b>P</b>
<b>Estime de soi</b>			
Très faible	2.6	4.1	
Faible	27	38.8	0.02
Moyen	67.7	52.9	
Elevé	2.6	4.1	
<b>Classes d'âge (ans)</b>	16.1	10.6	
11 – 12	53	50.6	0.00
13 – 14	28.7	34.1	
15 – 16			

### ***3-Perception de manger :***

La profession du père influençait la perception de manger. En effet, les collégiens dont les pères travaillaient dans le privé étaient ceux qui pensaient manger normal (p : 0.01).

**Tableau IX : La perception de manger en fonction de la profession du père :**

	<b>Normal</b>	<b>Trop</b>	<b>Pas assez</b>	<b>P</b>
<b>Profession du père (%)</b>				
Privé	68.4	65.6	61.8	
Fonctionnaire	23.6	24	22.5	0.01
Retraité	6	4.2	12.4	
Sans emploi	1.9	6.2	1.1	

## **B-Hygiène de vie**

### ***1-Sommeil :***

#### **a. Heure de coucher :**

Dans notre étude, le niveau d'instruction des mères influençait l'heure de coucher des collégiens. Les collégiens dont les mères avaient un niveau scolaire primaire ou terminal dormaient plus au alentour de 21 h.

**Tableau X : Heure de coucher des élèves en fonction du niveau d'instruction de la mère**

Niveau d'instruction de la mère (%)	00h	01h	02h	21h	22h	23h	P
Analphabète	11.1	50	33.3	21.1	12.6	15.3	
Primaire	35.6	0	0	15.8	38.3	40.4	
secondaire	30	0	33.3	10.5	22	16.6	0.03
terminale	17.8	0	33.3	36.8	18.4	15.3	
supérieur	5.6	50	0	15.8	8.7	12.4	

### b. Heure de réveil :

Dans notre échantillon, le niveau d'estime de soi influençait l'heure de réveil des collégiens. Plus le niveau d'estime de soi était élevé plus les enfants se réveillaient tôt (p : 0.00)

**Tableau XI: heure de réveil des collégiens en fonction du niveau d'estime de soi.**

Echelle d'estime de soi (%)	5h	6h	7h	P
Très faible	0	1.9	3.2	
Faible	0	25.9	30.2	0.00
Moyen	0	68.3	64.5	
élevée	100	3.9	2.1	

### ***2-Brossage des dents :***

Dans notre enquête, le nombre de fois où les élèves brossaient leurs dents été corrélé au sexe, à la profession du père et au niveau d'instruction des mères. Les filles se brossaient les dents en moyenne deux fois par jour alors que les garçons se brossaient trois fois ( $p : 0.03$ ). Les enfants dont les parents travaillaient dans le privé se brossaient plus les dents « trois fois » que ceux dont les parents étaient des fonctionnaires, des retraités ou sans emploi ( $p : 0.00$ ). Plus le niveau d'instruction des mères était élevé plus les enfants se brossaient les dents par jour ( $p : 0.01$ ).

**Tableau XII : brossage des dents par rapport au sexe, à la profession du père et au niveau d'instruction de la mère.**

		<b>Pas de bross age</b>	<b>Une fois / j</b>	<b>2 fois/j</b>	<b>3 fois/j</b>	<b>P</b>
<b>Sexe (%)</b>	Garçons	48.8	47.3	40.1	50.8	0.03
	Filles	53.2	52.7	59.9	49.2	
<b>Profession du père (%)</b>	Privé	70.2	69.9	59.9	73	0.00
	Fonctionnaire	19.1	25	29.4	17.4	
	Retraité	0	4.2	7.8	5.9	
	Sans emploi	0	0.8	8	3.7	
<b>Niveau d'instruction de la mère (%)</b>	Analphabète	17.9	11.3	15.6	13	0.01
	Primaire	28.2	44.3	40.6	32.5	
	Secondaire	33.3	18.9	17.2	23.7	
	Terminale	5.1	17.9	15.3	21.4	
	Supérieur	15.4	7.5	11.4	9.4	

## C-Les comportements à risque

### *1-Consommation de Tabac :*

Dans notre étude, la profession du père influençait la consommation de tabac. En effet, les enfants dont les pères travaillaient dans le privé ou étaient des fonctionnaires fumaient moins que ceux dont les pères étaient des retraités ou sans emploi.

**Tableau XIII : La consommation du tabac par rapport à la profession père**

Profession du père (%)	OUI	NON	P
Privé	63.6	67.6	
Fonctionnaire	18.2	23.6	0.00
Retraité	0	6.5	
Sans emploi	18.2	2.1	

### *2-Baladeur :*

L'utilisation du baladeur était influencée par l'âge et le sexe. En effet, les collégiens des tranches d'âge 13-14 ans et 15-16 ans étaient ceux qui utilisaient le plus le baladeur ( $p ; 0.03$ ). De même les filles utilisaient le baladeur plus que les garçons. ( $p : 0.00$ )

**Tableau XIV: l'utilisation du baladeur par jour par rapport à l'âge et au sexe.**

	<1H	1H	2-3H	4-5H	>5H	P
<b>Classes d'âge (ans)(%)</b>						
11 – 12	16.5	16.3	10.7	8.6	0	
13 – 14	53	55.8	44	51.4	25	0.03
15 – 16	27.7	25.5	41.5	37.1	75	
<b>Sexe(%)</b>						
Garçon	39.3	49.7	49.1	74.3	50	0.00
Fille	60.7	50.3	50.9	25.7	50	

### ***3-Jeux vidéo***

Dans notre échantillon, le nombre de fois par semaine d'utilisation des jeux vidéo a été corrélé à l'âge, le sexe et la profession du père. Les garçons jouaient plus aux jeux vidéo (p : 0.019) ainsi que les tranches d'âge 13-14 ans (p : 0.01) et les enfants dont les pères travaillaient dans le privé ( p : 0.008).



**Tableau XV : Le nombre de fois par semaine de jeux vidéo par rapport à l'âge, le sexe et la profession du père**

Nombre de fois par semaine de jeux vidéo (%)	jamais	1fois	2 fois	3 fois	Chaque jour	P
<b>Classes d'âge (ans)</b>						
11 – 12	11.6	15.1	11	16	27.5	
13 – 14	58.5	50.5	58.8	50.5	36.2	0.01
15 – 16	27.4	30.7	26.5	30.9	34.8	
<b>Sexe</b>						
Garçon	43.8	45.3	36.8	54.3	50.7	0.019
Fille	56.2	54.7	63.2	45.7	79.3	
<b>Profession du père</b>						
Privé	70.1	64	63.2	65.6	73.1	
Fonctionnaire	18.6	29.6	29.3	25.3	19.4	0.008
Retraité	7.3	5.3	6	8.1	3.7	
Sans emploi	4.1	1.1	0.8	1.1	2.2	

***4-Télévision :***

Dans notre échantillon, le nombre de fois par semaine de télévision était corrélé à l'âge, la profession de la mère et l'estime de soi. En effet, le nombre de fois par semaine de télévision était plus élevé chez la tranche d'âge 13-14

ans (p : 0.04), les enfants dont les mères ne travaillaient pas (p : 0.017) et ceux avec un score d'estime de soi moyen (p : 0.002)

**Tableau XVI : nombre de fois par semaine de télévision par rapport à l'âge, la profession du père et l'estime de soi.**

	jamais	1 fois	2 fois	3 fois	Chaque jour	P
<b>Classes d'âge (ans) (%)</b>						
<b>11 – 12</b>	10	15.6	22.2	11	15.6	
<b>13 – 14</b>	70	46.9	40	64.3	50.9	0.04
<b>15 – 16</b>	10	34.4	28.9	23.4	30.9	
<b>Profession de la mère(%)</b>						
<b>Oui</b>	10	21.9	9.3	13.3	13.5	0.017
<b>non</b>	90	78.1	90.7	86.7	86.5	
<b>Echelle d'estime de soi (%)</b>						
<b>Très faible</b>	0	9.4	4.4	3.2	2.5	
<b>Faible</b>	20	53.1	22.2	37	26.6	0.002
<b>Moyen</b>	60	37.5	68.9	56.5	68.3	
<b>élevée</b>	20	0	4.4	3.2	2.6	

### ***5-Internet :***

Le nombre de fois par semaine d'utilisation d'internet était lié à l'âge et à l'estime de soi. Les tranches d'âge 13-14 ans utilisaient plus l'internet (p : 0.00) ainsi que ceux avec un score d'estime de soi moyen (p : 0.00)

**Tableau XVII : internet par semaine par rapport à l'âge et l'estime de soi.**

	jamais	1 fois	2 fois	3 fois	Chaque jour	P
<b>Classes d'âge (ans) (%)</b>						
11 – 12	8.1	16.1	20.5	15.7	15.3	
13 – 14	60.7	57.1	52.5	55.9	46.4	0.00
15 – 16	31.1	24.5	24.6	22.1	36.1	
<b>Echelle d'estime de soi (%)</b>						
Très faible	5.2	4.8	4.9	1	1.8	
Faible	38.5	37.4	28.7	28.9	22.6	0.00
Moyen	52.6	55.1	64.8	68.6	71.9	
élevée	3.7	2.7	1.6	1.5	3.8	

**D-Autonomie/ argent :**

Dans notre étude, l'argent de poche par mois était influencé par l'âge et l'estime de soi. Les enfants de la tranche d'âge 13-14 ans avaient une plus grande somme d'argent de poche (p : 0.012) de même que ceux avec un score d'estime de soi moyen (p : 0.00)

**Tableau XVIII: l'argent de poche en Dh par mois par rapport à l'âge et l'estime de soi.**

	<b>0</b>	<b>0-50</b>	<b>50-100</b>	<b>100-150</b>	<b>&gt;200</b>	<b>P</b>
<b>Classes d'âge (ans) (%)</b>						
<b>11 – 12</b>	23.5	12.7	19.6	10.8	12.6	0.01 2
<b>13 – 14</b>	23.5	52	52	46.8	55.9	
<b>15 – 16</b>	52.9	25.6	25.6	36.9	27.6	
<b>Echelle d'estime de soi (%)</b>						
<b>Très faible</b>	5.9	4.1	1.9	0.9	3.1	0.00
<b>Faible</b>	52.9	37	25.3	18.9	20.5	
<b>Moyen</b>	35.3	55.4	70.3	78.4	73.2	
<b>élevée</b>	5.9	3.4	2.5	1.8	3.1	

***E-Collège et vie estudiantine :***

**1-Les difficultés scolaires :**

Dans notre échantillon, les difficultés scolaires étaient en rapport avec l'estime de soi (p : 0.00)

**Tableau XIX: les difficultés scolaires des élèves par rapport à l'estime de soi.**

	OUI	NON	P
<b>Echelle d'estime de soi (%)</b>			
<b>Très faible</b>	1.4	4	
<b>Faible</b>	18.2	36.9	0.00
<b>Moyen</b>	78.7	55.3	
<b>élevée</b>	1.6	3.8	

**2-Le redoublement :**

Le redoublement était plus élevée chez les enfants de la tranche d'âge 11-12 ans (p : 0.00) et chez les enfants dont le père était fonctionnaire (p : 0.02)

**Tableau XX : Le redoublement des élèves par rapport à les tranches d'âge et la profession du père.**

	OUI	NON	P
<b>Classes d'âge (ans) (%)</b>			
<b>11 – 12</b>	21.3	12.7	
<b>13 – 14</b>	45.5	55.3	0.00
<b>15 – 16</b>	31.1	28.9	
<b>Profession du père (%)</b>			
<b>Privé</b>	69.1	66.9	
<b>Fonctionnaire</b>	18.4	25.6	
<b>Retraité</b>	9.6	5.1	0.02
<b>Sans emploi</b>	2.5	2.1	

## *F-Aspects psychologiques :*

### **1-l'estime de soi**

Il n'y a pas d'association significative entre l'estime de soi et les autres facteurs associés notamment, tranches d'âge, profession du père, profession de la mère et niveau d'instruction de la mère. Dans notre étude, la seule association significative a été notée entre l'estime de soi et le sexe puisque le pourcentage des filles ayant un estime de soi moyen était plus élevé 57.1% (282) que les garçons 42.9% (658). Le pourcentage de celles qui avaient un estime de soi faible 47.9% (152) était moins élevé que celui des garçons 52.1% (292). (P= 0.053)

**Tableau XXI : La relation entre l'estime de soi et le sexe.**

	Très faible	faible	moyen	fort	P
<b>Sexe (%)</b>					
Fille	48.6	47.9	57.1	48.3	0.05
Garçon	51.7	52.1	42.9	51.7	

***2-L'avis des adolescents sur les personnes qui dictent une ligne de conduite pour les adolescents***

Dans notre étude, une association significative a été notée entre « les parents comme personne qui dicte une ligne de conduite aux adolescents » et la profession du père, le niveau d'instruction de la mère et le niveau d'estime de soi. En effet, les parents étaient la personne qui dicte une ligne de conduite aux adolescents pour les enfants dont le père travaillait dans le privé (p : 0.00), ceux dont le niveau d'instruction de la mère était primaire (p : 0.03) et ceux dont l'estime de soi était moyen (p : 0.03)



**Tableau XXII : qui propose une ligne de conduite (parent) par rapport à la profession du père et le niveau d’instruction de la mère.**

		<b>PARENTS</b>	<b>P</b>
<b>Profession du père (%)</b>			
	<b>Privé</b>		
	<b>Fonctionnaire</b>	66.9	
	<b>Retraité</b>	24.1	0.00
	<b>Sans emploi</b>	7.1	
		1.5	
<b>Niveau d’instruction de la mère (%)</b>			
	<b>Analphabète</b>		
	<b>Primaire</b>	14	
	<b>secondaire</b>	38.7	0.03
	<b>terminale</b>	21.9	
	<b>supérieur</b>	16.7	
		8.7	
<b>Echelle d’estime de soi (%)</b>			
	<b>Très faible</b>		
	<b>Faible</b>	2.7	
	<b>Moyen</b>	30.2	0.03
	<b>élevée</b>	64.9	
		2.2%	

# **DISCUSSION**

## A-LES PRINCIPALES CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES COLLEGIENS INTERROGES.

### 1-Résultats relatifs aux élèves enquêtés :

#### *a-Répartition par sexe :*

Les filles constituaient 54 % (544) de notre échantillon par rapport aux garçons 46 %(464). Avec un sex-ratio de 0,53. Un pareil déséquilibre est également retrouvé par d'autres enquêtes aussi bien locales qu'internationales sur la santé des adolescents, telles que celle de Allam et all [15], MedSPAD Tunisie [16], MedSPAD Maroc [17], HBSC France 2010 [18], HBSC Belgique 2010 [19] qui présentaient toutes des échantillons à prédominance féminine. Bien que d'autres études telles que celle de Kaddache Bilda 2006 [20] et l'enquête HBSC réalisée en France en 2010 présentaient une supériorité masculine en effectifs (tab.).

**Tableau XXIII : Répartition par sexe dans les enquêtes nationales et internationales**

Auteurs	Année	Filles (%)	Garçons (%)
Notre étude	2016/2017	54	46
Allam.f, Sais.z et all Algérie [15]	2011	52.7	47.3
Kaddache. CA (Blida) Algérie [20]	2006	41.8	58.2
MedSPAD Tunisie [16]	2013	58.5	41.5
MedSPAD Maroc [17]	2013	54	46
HBSC Belgique [19]	2010	51	49
HBSC France [18]	2010	49.7	50.3

### ***b-Répartition des élèves selon le niveau scolaire***

Dans notre étude tous les niveaux scolaires du collège étaient représentés. En effet 33.4% des élèves étaient de la 1ère année, 23.7% de la 2ème année et 42.9% de la 3ème année. D'autres études notamment HBSC 2010(18) était représentées par les élèves scolarisés du CM2 à la première année de lycée (CM2 (16.8), 6<sup>e</sup> (19.5%), 5<sup>e</sup> (19.5%), 4<sup>e</sup> (19.5%), 3<sup>e</sup> (17.2%), 2<sup>nde</sup> (7.4%).

### ***c-Répartition par âge***

L'âge moyen des élèves de notre 'étude était de  $13.94 \pm 1.33$  ans, il se situe dans l'intervalle d'autres études, ce qui est attendu puisque les âges et les durées de scolarisation sont proches dans les divers pays (HBSC Belgique 2010 «14 ans» [19], et Allam et all 2011 «13,9 ans» [15]).

## **2-Résultats relatifs aux familles des élèves enquêtés :**

### ***a-Statut socio-économique et structure des familles***

#### **❖ Profession du père et de la mère.**

En raison des difficultés pour les élèves de rapporter le niveau de revenu de leur famille, le niveau socio-économique était appréhendé par les items de la profession du père et de mère.

Concernant le statut lié à l'emploi des familles dans lesquelles vivaient les enfants, nos résultats retrouvaient que plus de 97.8 % d'entre eux vivaient dans un foyer ou au moins l'un des parents travaillaient. 91.3% des pères occupaient un emploi contre 13.7% des mères qui travaillaient en parallèle avec le père. Ces résultats sont indépendamment du sexe et du niveau scolaire. Seuls 2.2 % des enfants vivaient dans des familles où le père était sans emploi et 86.3% où la mère ne travaillait pas. Les pères occupaient plus souvent un emploi

que les mères (67.5% travaillaient dans le secteur privé, et 23.8% étaient des fonctionnaires).

Par rapport aux résultats observés dans l'enquête HBSC effectuée en 2010(18) Plus de quatre collégiens sur cinq (84,3 %) vivaient dans des familles où les deux parents travaillaient. Un seul des parents avait un emploi dans 14,6 % des cas et les situations où aucun parent ne travaillait étaient rares (1,1 %). Ces proportions ne varient ni en fonction du sexe ni en fonction de la classe. Au total, 97,0 % des pères occupaient un emploi contre 85,2 % des mères(21).

Nous avons trouvé que le niveau socio-économique des élèves était associé à plusieurs comportements nocifs pour la santé tels que le brossage insuffisant des dents, le tabagisme, la perception négative du manger, l'augmentation de l'utilisation des jeux vidéo, de la télévision et le redoublement.

L'OMS, dans son rapport sur les déterminants sociaux de la santé et du bien être chez les jeunes, avance que "l'aisance familiale élevée" est associée à des comportements favorisant une bonne santé. Les environnements familial et socio-économique constituent des éléments essentiels susceptibles d'influencer l'état de santé des adolescents à travers l'acquisition des comportements de santé [22].

#### ❖ **Niveau d'instruction de la mère.**

Concernant le niveau d'instruction de la mère, la majorité des mères avaient un niveau scolaire primaire ou secondaire (respectivement 38.1% et 20.6% des cas). Celles avec un niveau terminal ou supérieur représentaient respectivement 17.6% et 9.9%. Le pourcentage des analphabètes était de 13.7%. Plusieurs études ont montré que le degré de réussite scolaire de l'enfant est influencé par le niveau d'instruction de la mère et par celui du père, ces deux

derniers étant souvent associés donc l'environnement socio-économique des enfants semble être l'un des principaux facteurs déterminant leur parcours scolaire. [23]

### ❖ **Fratrie :**

La majorité de nos collégiens vivait avec 3 +/- 1 frère ou une sœur. Par ailleurs, dans une autre étude la plupart vivaient avec un frère ou une sœur (38,8 %), voire plus (deux frères et sœurs : 28,7 % ; trois et plus : 21,5 %), alors que peu de collégiens (11 %) étaient enfants uniques comparativement aux données de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens de France en [24]

## **B-RESULTATS RELATIFS AUX HABITUDES ALIMENTAIRES ET INDICE DE MASSE CORPORELLE**

### **1-habitudes alimentaires**

#### **a. Petit déjeuner**

29.3%des élèves ne prenaient jamais de petit déjeuner. , L'étude Algéroise de (Alam et al) en 2011 rapporte que 20 % des collégiens de 11-17 ans ne prennent pas leur petit déjeuner.(16)

L'enquête HBSC, Belgique en 2010 [120] a trouvé un taux de prise de petit déjeuner de 19,5 % chez les élèves de 9 à 22 ans. La prise de petit déjeuner est importante puisque la majorité des études s'accordent à dire que le petit déjeuner est indispensable pour couvrir les besoins en nutriments et en énergie de la journée et améliorer les capacités de concentration, de mémorisation et d'apprentissage à l'école [19,20,21]. Les adolescents qui ne prennent pas de petit déjeuner ont tendance à adopter une consommation plus importante d'aliments sucrés ou salés et à grignoter durant le reste de la journée [22, 21,]. La

comparaison aux données étrangères montre que les Algérois [29]., sont plus nombreux à prendre le petit déjeuner avec 63 % par rapport à la moyenne internationale, qui se situe autour de 53 % selon l'enquête HBSC 2010 [19].

### **b. Fast food**

Dans notre étude, 46.5% des élèves fréquentaient régulièrement (plus d'une fois par semaine) les fast-foods dont 2.2% chaque jours or ce type de restauration est connu pour ces effets néfastes pour la santé.

Les garçons étaient plus nombreux que les filles à fréquenter les «fast food» (59.1% versus 40.9%,  $p= 0.04$ ) et cette tendance augmentait avec l'âge (9.1 % pour les 11-12 ans versus 40.9 % pour les 13-16 ans,  $p =0.00$ ). La comparaison aux données de l'étude algéroise montre que pour le repas de midi, 17,6 % des élèves prenaient leurs repas dans un «fast food».. La même constatation que pour notre étude, les garçons sont plus nombreux que les filles à fréquenter les «fast food» et cette tendance augmente avec l'âge (15 % pour les 11-14 ans versus 20,3 % pour les 15-19 ans,  $p < 10^{-3}$ ). [29]

### **c. la consommation de Boissons**

Au terme de notre enquête, l'eau reste le composant prédominant dans les repas de midi et soir (76.5% des répondants), suivie respectivement par les sodas (33.5%, jus de fruits (26.9%) et boissons lactées (19.5%). En dehors des repas l'eau représentait 68.9% des boissons suivie respectivement par les autres boissons (jus de fruits (34.7%), sodas (31.1%), boissons lactées (28.9%)).

Concernant une étude Crédoc, à propos de la consommation de fluides au petit-déjeuner [30] Rééditée en 2010, la même étude a souligné une consommation de fluides, toutes boissons confondues, inférieure aux apports recommandés en eau, pour toutes les tranches d'âge[31].

#### **d. La Prise de gouter :**

Les résultats de notre enquête avaient montré que 15.1.% prenaient toujours le gouter parmi eux 64.6% les jours de l'école alors que 39.6% seulement les jours de repos. On peut expliquer cette répartition par le besoin de reprendre des forces après une longue journée au collège. Source importante d'énergie, le goûter présente l'avantage d'éviter les grignotages intempestifs jusqu'à l'heure du dîner et les déséquilibres alimentaires. [32].

#### **e. Repas et télévision :**

Les résultats de notre étude avaient montré que la majorité des collégiens regardaient la télévision pendant les repas de dîner et de gouter (respectivement 46.7%,45.9%) cela nous incite à la réflexion que les écrans ont pris une place considérable dans notre paysage social et familial au cours des dernières décennies.

#### **f. grignotage :**

Les résultats de notre enquête ont montré que 14.9% des collégiens grignotaient régulièrement et 6.1% tous les jours. La nature des produits qui étaient grignotés était représentée globalement par des produits sucrés ou des boissons sucrées (45.5%) alors que le reste était représenté par des produits salés. Ces résultats sont en accord avec les données des enquêtes Health Behaviours Children aged School 2006 [33] et 2010 [19]. La consommation de sucreries et/ou de boissons sucrées peut contribuer à un excès d'apport énergétique. Or, on observe qu'une proportion non négligeable de collégiens déclarait prendre au moins une fois par jour des sucreries ou des boissons sucrées (respectivement 24,8 % et 27,3 %).



Les garçons étaient plus nombreux que les filles, à consommer les boissons sucrées, et gazeuses, ceci peut s'expliquer parce qu'ils mangiaient souvent dans un «fast food» à midi. Ces résultats sont en accord avec les données des enquêtes Health Behaviours Children aged School 2006 et 2010 [19, ,33].

## **2-Indice de masse corporelle**

Selon l'OMS, l'absence d'uniformité et la discordance entre les différentes études, concernant la classification de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, font qu'il n'est pas encore possible de donner un aperçu de la prévalence mondiale de l'obésité dans ces classes d'âge [34]. Néanmoins, quelle que soit la méthode employée pour classer l'obésité, les études effectuées chez l'enfant et l'adolescent ont, en général, montré à la fois la forte prévalence de l'obésité et des taux en progression, aussi bien dans les pays industrialisés, que dans les pays en développement.

Dans notre étude, la prévalence globale de la surcharge pondérale, était de 51.21 % (25.2 % pour les filles et 26.01 % pour les garçons). Celle de l'obésité seule était de 10.97 % (3.65% pour les filles et 7.31 % pour les garçons). Selon les résultats d'une étude Algéroise, la prévalence de la surcharge pondérale était de 22,5 %, (20,7 % pour les filles et 24 % pour les garçons). Celle de l'obésité seule était de 6,2 % (6,3% pour les filles et 6,1 % pour les garçons).

Notre taux reste faible si on le compare aux taux de prévalence de l'obésité des Etats Unis [35] (18,3 % pour les filles contre 20 % pour les garçons), Canada [35] (11,7 % pour les filles contre 14,8 % pour les garçons). Le tableau..... Compare nos résultats à ceux de d'autres études.

**Tableau XXIV : Prévalence du surpoids et obésité, études nationales et internationales**

Pays	Auteurs	Age (ans)	Surpoids %		Obésité %	
			Fille	Garçon	Fille	Garçon
Maroc	Notre étude	11-18	25.2	26.01	3.65	7.31
	Kaouter.k all 2012[36]	12-18	13.8	19.5	2	2.8
Tunisie	Regaieg.s et all 2011[31]	9-12	6.8%	6.1%	3.4%	3.9 %
Mali	Hamidou oumar.B all 2014 [32]	5-19	3,28	1,61	-	-
France	HBSC 2010[19]	11-15	8	12.9	1.46	0.92
Belgique	HBSC 2010[120]	11-19	10.9	17.9	0.9	1.9
Canada	Margaret all 2015[35]	3-19	-	-	11.7	14.8
Etats unis	Margaret all 2015[35]	3-19	-	-	18.3	20

Nous avons observé que la surcharge pondérale touchait autant de garçons que de filles (24 % versus 20,7 %  $p=0,051$ ). La même constatation est observée dans l'étude Tunisienne (6,1 % pour les garçons versus 6,3 % pour les filles) [31]. Par contre, d'autres études, Kaouter. k all 2012 Maroc [36], France HBSC 2010 [19], Belgique HBSC 2010 [20] et Margaret all (Canada et Etats

unis) 2015 [35], montraient une prédominance masculine de surpoids. Ils expliquent cela par le fait que probablement les garçons s'adonnent plus aux loisirs sédentaires, internet, jeux vidéo, télévision et à une mauvaise alimentation de type fast food.

D'autres études rapportent l'inverse, une prévalence élevée de surcharge pondérale chez les filles plus que les garçons, Hadji lehtihet Alger 2012 [39], Alam et al Alger 2011 [16] Hamidou oumar.B all mali 2014 [38].

Généralement, le niveau socioéconomique bas est un facteur de risque d'obésité dans les pays développés [40]. Par contre dans notre étude, on n'a pas trouvé qu'il ya une association significative entre le niveau socioéconomique, le surpoids et l'obésité.

Notre résultat rejoint celui des pays intermédiaires (comme le Brésil) et certains pays en développement [41]. Dans ces pays, la relation entre l'obésité et le statut socioéconomique élevé résulterait d'une plus grande capacité de ces élèves à se procurer des aliments riches en sucre et en gras et l'utilisation des loisirs sédentaires, mais aussi, elle est liée à une valorisation positive d'un corps gros surtout chez la femme décodé comme un signe de beauté, de bonne santé et de richesse [41].

## **C-LA PERCEPTION DES ELEVES DE LEUR ALIMENTATION ET LE REGIME :**

### **1-La Perception des élèves de leur alimentation :**

Concernant le sujet de la perception de l'alimentation, les élèves pensaient qu'ils mangeaient d'une façon normale dans 81.3% des cas alors que la prévalence de la surcharge pondérale était de 51.21 % et celle de l'obésité était de 10.97%. Ce déphasage reflète l'ignorance des élèves des principes d'une alimentation saine

Les politiques de santé publique doivent mettre l'accent sur la promotion d'une alimentation favorable à la santé et la lutte contre l'obésité au près des enfants et des adolescents. [42-43].

## **2-Suivi de régime :**

L'insatisfaction relative de l'image corporelle demeure très fréquente chez les jeunes. Cette insatisfaction se traduit notamment chez les filles par une pratique de régimes pouvant entraîner des conséquences négatives sur la santé physique et psychologique. A cet âge, une mauvaise image de soi est susceptible de générer une détresse psychologique pouvant entraîner des troubles des comportements alimentaires (anorexie, boulimie) avec de possibles retentissements sur la santé à court et /ou à long terme [44].

Dans notre étude, 17.1% des élèves ont déclaré avoir suivi un régime. Une association significative a été retrouvée entre le régime l'âge et l'estime de soi puisque les élèves qui ont déjà essayé de faire un régime prédominaient dans la tranche d'âge 13-14 ans (50.6%,  $p= 0.00$ ) et chez qui l'estime de soi était moyenne (52.9%,  $p= 0.02$ ).

## **3-Influence de la publicité sur les choix alimentaires des élèves.**

En quelque décennie, les écrans ont pris une place considérable dans notre paysage social et familial [45]. Dans notre échantillon, plus que la moitié, 53.8%(542), trouvaient que la publicité avait un impact sur leurs choix alimentaires, La commercialisation des denrées alimentaires et des boissons est une industrie de grande ampleur et de plus en plus complexe, qui cible en priorité les enfants. Les publicités diffusées à la télévision, sur Internet et sur les téléphones portables s'inscrivent dans le cadre d'accords de parrainage et de stratégies de positionnement des produits destinés à maximiser leur impact. [46]. l'ampleur de ce phénomène devrait nous inciter à la réflexion. [46].

#### **4-La consommation de compléments alimentaires :**

Parmi les élèves qui consommaient des compléments alimentaires (6.4%), on a 35.24% qui l'utilisaient pour améliorer leurs résultats scolaires et 64.75% pour augmenter leurs performances physiques et sportives. Il n'y a pas de différence entre garçons et filles ni fonction de l'âge..

Les compléments alimentaires peuvent être une source supplémentaire en nutriments essentiels en plus d'une alimentation habituelle et d'une alimentation enrichie. . (47).

En 2014 en Belgique, 38,3% de la population (3-64 ans) a consommé un complément alimentaire durant l'année. La variation de la consommation générale de compléments alimentaires d'après l'âge suit une courbe en U. 40,6% des 3 à 5 ans et 43,3% des 6 à 9 ans prennent un complément alimentaire. Elle diminue ensuite durant l'adolescence (27,3% chez les 10 à 13 ans et 24,2% chez les 14 à 17 ans). Les adolescents (10-17 ans) consomment en général significativement moins de compléments alimentaires que les autres groupes d'âge. Chez les adultes, la consommation de compléments augmente à nouveau et atteint 36,3% chez les 18 à 39 ans et 43,4% chez les 40 à 64 ans. (48) Il est nécessaire, pour atteindre une meilleure performance en bonne santé, d'assurer un apport nutritionnel et complémentation sous contrôle et suivie par une équipe spécialisée.(48)

#### **D PROBLEMES MEDICAUX ET PERCEPTION DE LA SANTE**

Dans notre étude, la totalité des élèves 100% était vaccinée, et 94.5% avaient reçus leurs rappels. 71 % des élèves percevaient leur santé comme « bonne » et 29 % des élèves exprimaient un certain mal-être. Ce résultat est en accord avec les données de l'enquête internationale HBSC (France 2010) (19), la très grande majorité des collégiens perçoivent leur santé comme « bonne »

L'image de santé donnée par les élèves de eux mêmes, à travers cette enquête est contrastée, avec une majorité (71 %) se déclarant être en bonne santé, voir excellente santé. Alors que le tiers de ses élèves (29%) déclaraient souffrir, au moins une fois par mois de problèmes gastro- intestinaux (9.1%), d'asthme 3% et d'autres maladies 16.7% [dorsalgie, céphalées, acné, troubles des règles, problèmes dentaires, anémie, myopie, diabète].

Ce même constat est retrouvé dans l'enquête HBSC France 2010 (19) où 51.3 % des collégiens percevaient leur santé comme « bonne » voire « excellente » et 48,7 % déclaraient un certain mal-être.

Auteur a rapporté « les plaintes « psychiques » qui sont les plus courantes avec, par ordre décroissant de fréquence, les difficultés d'endormissement (31,5 %), l'irritabilité (22,5 %) et la nervosité (21,4 %), le fait de se sentir « déprimé » étant exprimé par 15,3 % des collégiens

Les plaintes somatiques : mal de dos (17,9 %), céphalées (16,3 %), douleurs abdominales (14,9 %). Seuls les « étourdissements » sont rapportés à cette fréquence par moins de 10 % des élèves. Globalement, les filles sont 1,5 à 2 fois plus nombreuses que les garçons à rapporter ces maux [1].

Les résultats de l'enquête SAMSH Suisse 2002[49] rapportaient les mêmes constatations. Les filles sont significativement plus nombreuses, que les garçons à rapporter des plaintes psychosomatiques. Ces plaintes augmentent avec l'âge, ce qui concorde avec les résultats de l'enquête HBSC France 2006[19] et l'enquête SAMSH2002[49]. Les auteurs de ces enquêtes déclarent que ces symptômes sont fréquents à l'adolescence, ils traduisent le malaise général lié à la puberté et un besoin d'écoute.

## **E-L'ÉLÈVE ET L'HYGIÈNE DE VIE.**

### **1-Résultats relatifs à la pratique de l'activité physique par les élèves**

#### **a. Activité sportive :**

Dans 86 % de nos collégiens pratiquaient une activité sportive régulière. D'autres études rapportent des taux plus faibles tels que HBSC France 2010 (63,5 %) [19], HBSC Belgique 2010 (79,1 %) [20], observatoire de la santé Suisse 2011 (69,9 %) [50] et les USA 2013 (48 %) [51] (tab.). Ceci peut être expliqué par le fait que dans le cursus scolaire Marocain, les élèves, sauf contre indication médicale, doivent participer aux cours d'éducation physique sportive (EPS), à raison d'une séance de deux heures par semaine.

**Tableau XXV : Activité sportive extrascolaire, études nationales et internationales**

<b>Pays</b>	<b>Auteurs ou organisme</b>	<b>Année</b>	<b>Age (ans)</b>	<b>Activité sportive extra scolaire %</b>
<b>Maroc</b>	Notre étude	2016/2017	11-18	39
<b>Algérie</b>	Allam.f, Sais.z[16]	2011	12-17	34
<b>France</b>	HBSC [19]	2010	11-15	63.5
<b>Belgique</b>	HBSC [20]	2010	10-19	79.1
<b>Suisse</b>	Observatoire de la santé [50]	2011	11-15	69.9
<b>USA</b>	CDC [51]	2013	12-17	48

Certains élèves pratiquaient plusieurs activités en même temps. Le type de sport pratiqué était dominé par la marche/footing 82.9%(836), les sports à ballon 44% bien avant les arts martiaux 8.1% et l'aérobic 3.4%. La fréquence varie de deux fois par semaine pour 37.5%, trois fois par semaine pour 30.2% et une fois par semaine pour 18.3%.

Une étude Algérois 2012(29) rapporte que le type de sport pratiqué diffère selon le sexe. Les garçons pratiquaient le foot ball (41 %), le judo, du karaté et du taekwondo (19,3 %) ; alors que les filles pratiquaient la natation (34 %) et le volley ball (30,6 %).



L'étude analytique de notre échantillon n'a pas montré de corrélation entre l'activité physique et les différentes variables à savoir, le niveau l'âge et le sexe. Ce même résultat a été rapporté par l'enquête HBSC 2001/2002 [52] portant sur 32 pays, pour sept d'entre eux la position socio-économique de la famille ne semble pas influencer le niveau d'activité physique modérée [52]. L'enquête HBSC 2010 (France) [19], rapporte que la stimulation de l'exercice physique chez les adolescents ne réponde pas nécessairement à une responsabilité individuelle à l'égard de leur santé, mais plutôt à une émulation qui viendrait des pairs, des conditions familiales de vie, de l'environnement et de l'accès aux différentes installations sportives [19]. L'étude Algéroise, quant à elle, [29] qui a retrouvé que la pratique sportive a été significativement plus importante chez les élèves les moins âgés, de sexe masculin, vivant dans des familles à score d'aisance familiale élevée.

### **b. Sédentarité**

Les recommandations d'organisme faisant autorité en la matière « American Academy of Pediatrics, 2001 » préconisent de ne pas dépasser deux heures par jour devant un média de type ordinateur, console de jeux ou télévision [19]. Les collégiens déclaraient dépasser ce seuil et que la moyenne de jouer chaque jour les jeux vidéo a été de 4h, la télévision de 5h +/- 1h et l'internet de 4h +/- 30min. Ces comportements sédentaires étaient plus marqués chez la tranche d'âge 13-14 ans. Les adolescents choisissent 3 fois par semaine d'utiliser d'ordre décroissant la télévision (91 %) puis internet (20.20 %) et enfin les jeux vidéo (18.4 %).

Aux Etats Unis [53], 41,3 % des adolescents utilisent des ordinateurs et 32,5 % regardent la télévision 3 heures ou plus. En France, selon les données des enquêtes HBSC 2006 [27] et 2010[19], les activités sédentaires toutes

confondues n'évoluent pas d'une enquête à l'autre. Par contre, les modes de consommation se modifient, les adolescents sont significativement moins nombreux à regarder la télévision au moins 2 heures par jour, en 2006 qu'en 2010 (63,1 % versus 57,8 %). Mais, en contrepartie, ils utilisent davantage les jeux vidéo (29 % versus 37,2 %) et plus encore l'ordinateur (32,6 % versus 42,4 %). Cette tendance se retrouve tout autant chez les filles que chez les garçons et concerne significativement les jeunes à partir de 13 ans [19]. Cette même étude, rappelle que la promotion de l'activité physique chez l'adolescent devrait considérer que les activités physiques ou sédentaires ne sont pas l'expression du libre choix individuel, mais correspondent à un type d'insertion sociale (sexe, culture familiale, réussite scolaire, groupes de pairs) [19].

Ainsi notre étude avait établie le lien entre les jeux vidéo, l'âge, le sexe et la profession du père. En effet, les élèves qui avaient joué plus de 3 fois par semaine étaient représentés par les tranches d'âge 13-14 ans (50.5%,  $p=0.01$ ) avec une prédominance légère des garçons (54.3% garçon versus 45.7% fille,  $p=0.01$ ) ainsi que les élèves dont les parents travaillaient (90.9% privé et fonctionnaires versus 9.2% retraité et sans emploi,  $p=0.008$ ).

### **c. Loisirs :**

Les loisirs occupent une place importante dans la vie des adolescents. Il est classique de les envisager comme des facteurs protecteurs vis-à-vis des angoisses liées à la construction identitaire (Jousselme et Douillard, 2012). (1)

La majorité des élèves, 38.9%, passaient leur temps libre entre amis, 51.6% des élèves regardaient la télévision ou allaient au cinéma. Respectivement, 35.1% et 24.1% des élèves écoutaient de la musique et lisaient des magazines ou des livres, 25.2% des élèves fréquentaient des clubs de sport, 21.8% des élèves cuisinaient parmi eux 44.5% des garçons aimaient cuisiner.

Alors que 4.5% des élèves avaient des activités de bricolage. 44.5% des élèves s'intéressant à la cuisine étaient de sexe masculin ce qui reflète une certaine progression dans les stéréotypes garçon /fille. Dans une enquête réalisée en milieu scolaire en 2013(1), les trois principaux loisirs quotidiens des adolescents, quel que soit le sexe, sont : « Ecouter de la musique » 68,9% « Etre avec leurs amis de la réalité » (52,8%), »Utiliser un ordinateur pour aller sur des sites internet » (37,9%). D'autres loisirs cités dans une moindre fréquence, sont préférés par les filles, comme écrire (17,4% vs 12%), lire des livres (8,3% vs 5,6%), dessiner ou peindre (7,5% vs 4,6%). Alors que les garçons préfèrent : utiliser un ordinateur pour jouer (25% vs 15,8%), faire du sport en dehors d'un club (21% vs 7,5%) ou dans un club (15% vs 8,1%).

## **2-Résultats relatifs au sommeil :**

La moyenne des heures que dormaient les élèves était de 8h +/- 0.82. Le déficit de sommeil se remarque (75% dorment après 23 h). Cette étude vient illustrer ce que les spécialistes du sommeil constatent depuis ces dernières années. Ils étaient déjà inquiets de voir des adolescents qui se couchent de plus en plus tard et dorment trop peu. L'enquête HBSC trouve que la baisse du temps de sommeil entre la 6<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> apparaît très nette et assez continue, avec environ vingt minutes de sommeil en moins chaque année pour les veilles de journée de classe. Si un temps de sommeil de moins de sept heures est très rare au début du collège, il concerne un cinquième des jeunes élèves de 3<sup>ème</sup>. (19)

De façon générale la qualité de sommeil quotidienne des citoyens a baissé de 90 min sur les cinq dernières décennies alors que notre besoin biologique n'a pas évolué. Il est largement admis que nous sommes actuellement en dette chronique de sommeil. [54,55]. Or le sommeil, est essentiel pour notre santé somatique, émotionnelle et cognitive. Même si les

fonctions du sommeil sont loin d'être complètement élucidées, des études de plus en plus nombreuses montrent qu'il joue un rôle fondamental sur la santé, le bien-être et l'équilibre psychologique et émotionnel [56-57]

On ne peut pas dire que les choses s'arrangent! Le phénomène tend à toucher les plus jeunes, au collège comme le montre cette étude. Nous sommes là devant un problème de santé publique qui nécessite d'attirer l'attention des parents sur l'importance du sommeil et la nécessité pour les enfants de dormir suffisamment. Il en va de leur réussite scolaire ultérieure et du maintien de l'équilibre de leur santé. (58)

Par ailleurs notre étude a établi le lien entre l'heure de coucher et le niveau d'instruction de la mère ; les élèves qui avaient des mères avec un niveau scolaire primaire étaient les plus à dormir tard (à 23h) alors que ceux dont les mères étaient avec des études supérieures sont les moins à dormir à 23h ( 40.4% niveau primaire versus 12.4% niveau supérieur,  $p= 0.03$ ) donc le niveau d'instruction de la mère joue un rôle fondamental à améliorer le comportement des jeunes.

### **3-Résultats relatifs à l'hygiène corporelle de l'élève :**

#### **a. Brossage des dents :**

Dans notre étude, 36.7 % des élèves, brossaient leurs dents 3 fois par jour, 9% 2 fois par jour et 23.7% une fois par jour alors que 4.7 % ne se brossaient pas les dents. , Ce taux se rapproche du taux retrouvé dans l'étude Constantinoise [58] en 2008 où 56 % des étudiants brossent leurs dents deux fois par jour et 2,9 % des étudiants préfèrent utiliser le "souak" en guise de brosse à dents [58]. Au Cameroun [59], seulement 27,8 % des adolescents de 12 à 18 ans brossent leurs dents une à trois fois par jour.

D'autres études étrangères rapportent des taux de brossages des dents biquotidiens, de 86,4 % en Suisse [60], 80 % en Suède [60], 66,9 % en France [62]. La plupart des études en milieu scolaire confirment que le sexe, l'âge et le niveau socioéconomique des élèves, influent positivement sur la régularité du brossage des dents [20, 19,63].

### **b. Prise de douche**

Nos résultats confirment que les jeunes élèves prennent soin de leur hygiène corporelle puisque la majorité des élèves (90.4%) prenaient 2 à 3 fois par semaine une douche. Une autre étude en milieu scolaire en 2013(1) a trouvé que 62,9% des adolescents affirment prendre soin de leur peau, de plus en plus avec l'âge. Les filles sont presque deux fois plus que les garçons à prendre des douches (79,8% vs 44,7%). Les adolescents d'aujourd'hui sont donc en majorité attentifs à leur enveloppe corporelle.

### **e) Consommation de tabac et de drogues :**

#### **❖ Consommation du tabac**

Dans notre étude, l'expérimentation des cigarettes a concerné 1.1 % des élèves. Cette prévalence est inférieure à celles rapportées par les études de Louaste. B(64), en 2009 (15 %), et de celle de GYTS réalisée en 2010(65). Néanmoins, les résultats marocains restent inférieurs à ceux rapportés par et de celles de d'autres pays comme la Tunisie [66] (33,8 %), le Mali [67] (47,6 %), la France [68] (82 %), la Suisse [69] (49 %), ou le Canada [70] (25 %). (Tab.)

**Tableau XXVI : Tabagisme des adolescents, études nationales et internationales**

Pays	Auteurs	Age (ans)	Prévalence %	
			Fille	Garçon
Maroc	Notre étude	11-18	0.59	0.49
	Bensalah .m [71]	8-18	1.1	14.7
	Global youth tobacco survey "gyts" [72]	13-15	4.4	10.3
Algérie	Kaddache [73]	11-19	2.5	35.6
	Global youth tobacco survey "gyts"[74]	13-15	1.6	15.1
Tunisie	Harribi .i[75]	13-19	0.8	12.2
	Global youth tobacco survey "gyts"[76]	13-15	1.5	14.4
France	Escpad [77]	17	25	31
	HBSC [19]	11-15	20.1	18.5

Cette faible prévalence du tabagisme dans notre contexte, s'expliquerait par des considérations socioculturelles ou religieuses qui rendraient le tabagisme socialement mal vu ou inacceptable et protégeraient ainsi les adolescents contre

ce fléau [71,77]. Une étude Algéroise a trouvé qu'en termes de prévalence, le taux des fumeurs était de 6,7 % avec une nette prédominance des garçons par rapport aux filles (13,6 % versus 0,9 %). Par contre, dans les pays européens, le tabagisme des filles est proche de celui des garçons, HBSC [19] ESCPAD [77].

Ce problème d'initiation précoce est l'une des préoccupations de l'OMS, qui rapporte que 25 % à 33 % des jeunes qui font l'expérience de la cigarette deviennent des fumeurs réguliers et pour la moitié d'entre eux, dans l'année qui suit ce premier essai [78].

Dans notre échantillon, la profession des pères était le seul facteur, associé à la consommation du tabac. En effet, que les élèves ayant des parents qui travaillaient dans le secteur privé ou les fonctionnaires, fumaient plus que les élèves ayant des parents retraités ou sans emploi (91.2% versus 8.6%,  $p=0.00$ ).

#### ❖ **Consommation de drogue**

La prévalence de la consommation de la drogue est de 0.9 %. Elle concerne exclusivement les garçons. Ce taux de prévalence se situe en dessous des résultats tunisiens [79] (6,6 %) et algérois [29] (7.7 %), mais reste beaucoup plus bas que certains pays comme la France [19], le Canada [80], la Belgique [65], la Suisse [81], où un élève sur trois à un élève sur deux ont expérimenté la drogue (Tab.).

**Tableau XXVII : Consommation de drogue dans les enquêtes nationales et internationales**

<b>Pays</b>	<b>Année</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Prévalence %</b>
Maroc	Notre étude	2016/2017	0.9
	2013	MedSPAD [82]	9.4
Algérie	2012	Etude algérois (29)	7.7
Tunisie	2013	MedSPAD [79]	6.6
Belgique	2010	HBSC [65]	35.1
France	2011	Escpad, odft [19]	49
Suisse	2002	HBSC [81]	29
Canada	2010	2010 HBSC [80]	49

Le cannabis est le plus consommé (81 %), les études internationales HBSC 2010 [4] et ESPAD 2011 [54], confirment que le cannabis est la première drogue expérimentée par les élèves.

L'enquête sur la drogue initiée par l'Office National de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie, en relation avec le CENEAP (2010), sur 302 000 personnes âgées de 12 ans et plus, rapporte un taux national de prévalence d'expérimentation de drogue en Algérie de 2,2 % avec 3,5 % pour les hommes et 1,0 % pour les femmes. Cette prévalence est de 1,4 % chez les 16 à 19 ans [83]. La consommation de drogue est plus élevée chez les garçons et augmente sensiblement avec l'âge, conformément aux observations d'autres études nationales et internationales [19, 83]. Plusieurs études notent un rajeunissement de l'âge d'initiation qui baisse au Maroc de 15,5 ans en 2008 à



14,4 ans en 2011[81] en Algérie de 17 ans en 1990 à 14 ans en 2012[83] en France de 15 ans en 1998 à 11ans en 2010.[84]. Il est important de connaître les âges d'initiation aux différentes substances psycho-actives, notamment au cannabis, car la précocité de l'âge d'initiation peut être un facteur de risque d'usage nocif et associée à un usage à l'âge adulte [85].

#### **f) Utilisation de « baladeurs »**

Plus que la moitié, 57.3%, des élèves possédaient un baladeur. Le nombre d'heures « d'utilisation de baladeur » par jour était supérieur à 2 heures pour 19.3% des élèves et 17% des élèves dormaient avec le baladeur. L'étude analytique a montré une relation entre l'utilisation de baladeur et l'âge et le sexe. En effet, la tranche d'âge 13-14 ans et les filles utilisaient plus les baladeurs ( $p : 0.03$  et  $p : 0.00$ ). On peut expliquer cela par le fait que parmi les loisirs préférés des filles on trouvait la musique.

En 2008, le Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux de l'Union européenne (CSRSEN) a prévenu qu'écouter de la musique sur un baladeur à un volume sonore élevé pendant une période prolongée peut entraîner des lésions irréversibles de l'audition. Entre 5 et 10 % des utilisateurs risquent des pertes auditives irréversibles. Ce sont des personnes écoutant de la musique plus d'une heure par jour à fort volume. Comme c'est le cas de notre population. Pour limiter les risques liés à l'utilisation des baladeurs, la commission européenne a adopté la décision de nouveaux réglages par défaut des baladeurs à des niveaux d'exposition au bruit sans risque, et de mises en garde claires sur les effets néfastes d'une exposition excessive à un volume sonore élevé. [86].

#### ***f-La relation des élèves avec l'argent***

Généralement, les parents voient avec plaisir leur enfant prendre son autonomie. Pour le jeune, ce sera le résultat d'un apprentissage de plusieurs années qui commence dès le collège pour se terminer à l'âge adulte. L'argent de poche constitue une facette de cette autonomie. Il n'y a rien qui prouve qu'un enfant qui reçoit un certain montant chaque semaine ou chaque mois soit plus épanoui qu'un autre. Ainsi, tout dépend de la conception de l'autonomie chez les enfants, du système de valeurs personnel, des convictions et, bien évidemment, des moyens financiers(87). Chez nos élèves, 98.3 % avaient de l'argent de poche. Les sommes par mois étaient très variées de moins de 50 Dh à plus de 200 Dh. Dans notre enquête les dépenses étaient variées. Mais la majorité des élèves, 69.7%, ont utilisé cet argent pour acheter des vêtements et de la nourriture. Pour 31.4 % c'était pour l'achat des fournitures scolaires ou pour se déplacer, alors 29.3% des élèves ont choisis aider leurs familles et épargner.

## **G-RESULTATS RELATIFS A LA RELATION DES ELEVES AVEC LE COLLEGE ET LA VIE ESTUDIANTINE :**

### **1-Difficultés scolaires et redoublement :**

Obligatoire jusqu'à 16 ans, la scolarité des jeunes adolescents se réalise au collège. Ensuite elle se poursuit pour certains au lycée. Personne ne peut nier que les résultats scolaires obtenus à cette étape de la vie engagent l'avenir professionnel, social et éventuellement personnel. Le problème est d'autant plus sérieux que la nécessité d'une orientation surgit à une période où l'individu vit un moment de crise dont le devenir est quant à lui variable (88).

Dans notre étude, 28.4% des élèves ont été des redoublants. Cette proportion est élevée lorsqu'on la compare à celle de l'étude HBSC 2010, dans la communauté française, qui rapporte des proportions de 24,2 % et 18,5 % respectivement pour les garçons et pour les filles. [19]

Le lien entre le redoublement et la profession du père, semble être particulièrement fort. Puisque nous avons trouvé que les élèves qui ont redoublé au cours de leur cursus sont ceux qui ont des pères qui travaillaient dans le secteur privé plus que les élèves qui ont des pères qui étaient des Fonctionnaires , (69.1 % versus 18.4 %,  $p = 0,02$ ). En plus, nous avons trouvé que les redoublants sont majoré par la tranche d'âge 13-14 ans (45.5%,.,  $P=0.00$ ). Une autre étude trouve une autre constatation ; notamment l'enquête HBSC France 2010 avait trouvé que, 45,5 % des élèves qui ont redoublé étaient des fumeurs contre 26,2 % pour les élèves qui n'ont pas redoublé. [19].

En parallèle, 42.5% des élèves ont avancé avoir des difficultés scolaires. La prise en compte du bien-être de l'élève est inscrite dans les missions de tous les personnels, membres de la communauté éducative (64). Une approche globale de l'élève, en tant que personne, voudrait notamment que le collège prenne en compte la fragilité du collégien, dont le corps subit des transformations importantes dues à la survenue de la puberté [74]

## **2-L'opinion des élèves sur leur orientation scolaire actuelle.**

Longtemps le collège, pris entre l'école primaire destinée à former le peuple et le lycée réservé aux élites [89]. De grandes enquêtes internationales sur l'éducation permettent depuis plusieurs années de mettre en évidence l'influence relative des facteurs individuels et scolaires et les effets des politiques éducatives sur la réussite scolaire de leur cible. Malgré leurs limites [90] elles ont notamment permis de montrer que l'importance des inégalités scolaires et des disparités sociales de réussite varient fortement suivant les pays [91]

En ce qui concerne le milieu scolaire, 50 % des élèves avaient déclaré aimer l'école, tandis que le pourcentage d'élèves « très peu motivé » était de

7.1%. Ce même résultat est retrouvé dans d'autres études internationales comme HBSC France [19] 2010, où 10 % des garçons et 5,8 % des filles, et HBSC Belgique 2010, 15,9 % pour les garçons versus 10,5 % pour les filles, n'aiment pas du tout l'école [20].

Les données de notre étude avaient trouvé que 46.4% des élèves avaient une bonne satisfaction de leur orientation scolaire alors que 48.5% avaient une satisfaction moyenne et 5.1% des élèves n'étaient pas satisfaits. En comparant avec l'enquête HBSC 2010 de manière cohérente, les proportions d'élèves estimant leurs résultats scolaires bons ou très bons ont elles aussi significativement augmenté, quoique dans une moindre mesure (11 ans de 61,2 % à 65,1 % ; 13 ans de 45,7 % à 49,6 % ; 15 ans de 36,0 % à 40 %). [19]

A propos de l'appréciation des élèves de leur vie dans le collège, 61% des élèves « se sentaient bien » dans le collège alors que 8.9% « se sentaient mal » la même chose avait été rapportée par plusieurs études notamment celle de HBSC 2010 qui trouve que plus de trois quarts des élèves déclarent ne pas être vraiment stressés par leur travail scolaire (aucun stress : 34,7 %, un peu : 43,9%). Une récente revue de la littérature du Journal of Research on Adolescence [92] concernant les principales enquêtes conduites sur l'impact de l'environnement scolaire sur le développement des adolescents dans le monde occidental mettent en lumière la dégradation de l'appréciation de l'école et de l'investissement scolaire des élèves dans toutes les enquêtes analysées, et tout particulièrement pour ce qui concerne les années collège.

### **3-L'opinion des élèves sur leur travail scolaire**

Dans notre échantillon, la majorité des élèves, 50%, avaient « Aimer étudier » tandis que respectivement 32.3% et 9.9% des élèves trouvaient que le travail scolaire « demandait beaucoup d'efforts » et « difficile ». Alors que

7.1% était «très peu motivé ». Pour autant, et si l'on change de perspective, une expérience réussie de l'école peut être considérée comme une ressource pour la santé, le bien-être et la qualité de vie des élèves [93, 94]. Ainsi le fait d'aimer l'école, d'éprouver un sentiment d'appartenance à son égard [95, 96] et d'y réussir ont-ils été identifiés comme protecteurs vis-à-vis des comportements à risque notamment la dépression, au tabagisme régulier, à la consommation d'alcool et de cannabis [97], ainsi qu'aux grossesses juvéniles [98].

#### **4-L'appréciation des élèves de leur vie dans le collège :**

Dans notre étude, 61% des élèves « se sentaient bien » dans le collège alors que 8.9% « se sentaient mal ». Presque un tiers des élèves (29.8%) étaient sans opinion. L'étude HBSC [19] a trouvé que plus des deux tiers des collégiens de France déclarent aimer l'école (68,5 %), plus du quart d'entre eux l'aiment beaucoup (26,2 %) et 12,5 % disent ne pas l'aimer du tout. Tout au long des années collège, les filles sont plus nombreuses à déclarer aimer l'école que les garçons (74,1 % vs 63,2 %).

### **H-RESULTATS RELATIFS AUX ASPECTS PSYCHOLOGIQUES :**

#### **1-Relation des élèves avec leurs parents :**

Plus de 90,8 % des élèves ont de bonne relation avec les parents« ce qui compte le plus » et les élèves avaient beaucoup de confiance en vers leurs famille 85%, ce qui concorde avec les données de la majorité des études, comme l'étude tunisienne (95,4 %) [79], HBSC France 2010 (72,1 %) [19], SMASH Suisse (77,5 %) [81].

Les parents étaient « ce qui compte le plus » pour la majorité des élèves 90.8% et d'après notre données les élèves avaient beaucoup de confiance en vers leurs famille 85% , ainsi que 80.5% parmi eux pensaient que leur parents étaient le mieux placer pour proposer une ligne de conduite pour eux. Par contre

les résultats de l'enquête HBSC 2010 trouve Que ce soit avec la mère ou le père, la qualité la qualité du lien entre les élèves et leurs parents, telle que mesurée par ces questions, diminue progressivement entre la 6e et la 3<sup>e</sup> mais, globalement, la communication déclarée entre les élèves de notre échantillon et les différents membres de leur famille apparaît plutôt bonne.

Bien qu'à l'adolescence, le temps passé entre la famille et les pairs évolue en faveur de ces derniers dans un processus attendu d'autonomisation, la famille continue à exercer une influence primordiale [99]. sur le développement physique, social et émotionnel des enfants, aussi bien par sa composition (frères et sœurs, père, mère) et sa structure (séparation des parents, remariage) que par son statut socio-économique, comme nous l'avons vu dans le chapitre « Statut socio- économique et structure des familles »

Par ailleurs, de bonnes relations avec les parents [100] et un contrôle parental régulier [101] jouent sur les comportements de santé des jeunes : ils sont notamment associés à de moindres consommations de substances psychoactives

En outre, si les conflits parentaux et les séparations peuvent augmenter la fréquence de problèmes psychologiques , à l'inverse une bonne communication au sein de la famille est liée au sentiment de bonheur des adolescents [102] Enfin, la qualité des relations avec les parents peut à son tour influencer l'accomplissement scolaire, alors que les conflits parentaux peuvent être délétères pour la réussite des jeunes [103]

Globalement, les proportions de bonne communication entre les adolescents et leurs parents observées en France sont parmi les plus basses de celles déclarées en 2010 dans l'ensemble des pays ayant participé à l'enquête HBSC. Ce phénomène est d'autant plus marqué pour les filles.

## **2-Les Préférences et objectifs de vie des élèves**

Concernant le sujet des préoccupations et les objectifs des élèves pendant la traversée tumultueuse de leur jeunesse, on a constaté d'après notre enquête que la majorité des élèves 92.5% préféraient s'épanouir, voyager, s'amuser, sortir, le sport, la vie culturelle et que 43.9% avaient pour objectif de réussir leurs examens, devenir autonome, bâtir leur avenir, avoir un bon emploi et seuls 21.3% d'avoir des responsabilités et d'aider les autres.

La majorité des élèves, 92.5%, avaient comme objectifs de vie « s'épanouir, voyager, s'amuser, sortir, le sport, la vie culturelle » alors que, 43.9% voudraient réussir leurs examens, devenir autonome, bâtir un avenir, avoir un bon emploi et 21.3% des élèves voudraient avoir des responsabilités et aider les autres.

## **3-Les difficultés rencontrées par les élèves:**

Seuls 24.3 % des élèves avaient déclaré ne pas avoir de difficultés. Parmi les élèves qui avaient des difficultés, 20.2 % avaient des difficultés physiques et 75.5 % avaient des difficultés psychiques, dont 16.7% étaient en rapport avec la relation avec copains et 14.3% avec la relation avec parents. L'enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013(1) a trouvé que les adolescents, considèrent en majorité (55,8%) que l'adolescence n'est pas toujours une période facile (57,8% des filles vs 53,7% des garçons). Globalement, l'adolescence semble une période plus difficile pour les filles que pour les garçons, et ce quel que soit l'âge. Entre 16 et 17 ans, et quel que soit le sexe, une prise de conscience semble s'opérer avec une augmentation de la difficulté exprimée sur l'adolescence.

#### **4-Estime de soi des élèves :**

L'estime de soi correspond au sentiment plus ou moins favorable que chaque individu éprouve à l'égard de lui-même , la considération et le respect qu'il se porte et le sentiment qu'il se fait de sa propre valeur entant que personne (Rosenberg,1979). L'estime de soi est généralement considéré comme la composante évaluative et affective du concept de soi. Cette dimension doit être comprise comme reflétant la perception qu'a le sujet sur lui-même et comprend quatre dimensions : le sentiment de sécurité et de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence. Selon Rosenberg, Une estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance, de satisfaction personnelle et de respect à l'égard de Soi-même [10]

Dans notre échantillon, la majorité des élèves 65.3% avaient un estime de soi moyen, 29% des élèves avaient un estime de soi faible, 2.9% des élèves avaient un estime de soi très faible, 2.9% des élèves avaient un estime de soi fort. Notre enquête a permet de trouver plusieurs liens entre l'estime de soi et d'autres variables :

- Le sexe de l'élève était la seule variable qui influençait l'estime de soi puisque le pourcentage des filles ayant un estime de soi moyen était plus élevé que les garçons 57.1% versus 42.9% ; ainsi que le pourcentage de filles avec un estime de soi faible était moins élevée que les garçons (47.9% versus 52.1%). (P= 0.053).
- D'un autre coté, l'estime de soi des élèves influençait de façon plus importante :
  - Le suivi de régime : puisque les élèves qui avaient un estime de soi faible étaient le plus à essayer des régimes par rapport à



ceux qui avaient un estime de soi élevé (38.8% versus 4.1 %,  $p=0.02$ ).

- L'heure de réveil : puisque les élèves qui avaient un estime de soi moyen se réveillaient plus à 7h alors que les autres trouvaient des difficultés au réveil (64.5% versus 30.2%,  $p=0.00$ )
- L'argent de poche : puisque les élèves qui avaient un estime de soi faible n'avaient pas d'argent de poche alors que les élèves qui avaient reçu de l'argent de poche avaient un meilleur estime de soi (52.9% versus 37%,  $p=0.00$ )
- Les difficultés rencontrées par les élèves : puisque ceux qui avaient un estime de soi moyen étaient ceux les plus qui avaient des difficultés ( $p=0.00$ )
- La relation avec les parents : puisque les élèves avec un estime de soi moyen étaient ceux qui comptaient plus sur leur parents pour proposer une ligne de conduite (64.9%,  $p=0.03$ ).
- le nombre d'heure de télévision : puisque les élèves avec un estime de soi moyen étaient les plus à regarder la télévision (68.3%,  $p=0.002$ )
- L'internet : puisque les élèves avec un estime moyen étaient les plus à utiliser l'internet (71.9%,  $p=0.00$ ).

## **K-LES OPINIONS DES ELEVES SUR LE PROCESSUS DE L'ADOLESCENCE**

### **1-Adolescence est-elle un changement.**

La période allant de 11 à 16 ans est elle aussi particulièrement importante puisqu'elle correspond aux remaniements propres à l'adolescence, remaniements qui gravitent autour de l'identité, des choix professionnels, d'une progressive prise d'indépendance à l'égard des parents qui ne va pas sans poser problème [104].

Les résultats de notre enquête ont montré que la majorité des collégiens pensait que l'adolescence est un changement physique et seulement 21.3% ont trouvé qu'il s'agit d'un un changement psychique. La majorité, 59%, l'ont considéré comme un passage à l'âge adulte avec la maturité.

Certes tous n'a pas changé et l'adolescence est toujours ce moment particulier et unique du premier amour, de la première interrogation sur le sens de la vie, de la première décision à prendre seul, du premier voyage initiatique sans parents. Cette période de la vie aussi riche soit elle en nouveaux besoins, en explosions de désirs, en expérience exaltantes, s'accompagne inexorablement de doutes d'incertitudes et de risques inhérents à ce flot de nouveautés. [105]

L'adolescence, c'est un temps de remise en question profonde de l'identité qui va subir des remaniements de tous ordres et procéder à un véritable travail psychologique comme on parle du travail du deuil avec lequel il a, d'ailleurs quelque parenté. Dans notre enquête, 24.5% ont déclaré avoir des difficultés d'ordre psychique alors que 20.2% ont eu des difficultés physiques. C'est la fatigue due à la force employée par l'adolescent à maîtriser les pulsions qui se réveillent en lui : pulsions agressive et sexuelle. Pour ne pas être débordé par elles, le jeune va utiliser un certain nombre de mécanismes psychiques qui,

tous, requièrent un investissement non négligeable, pour son économie psychologique. On peut comparer cette fatigue avec celle du grand névrosé qui mène une lutte inégale contre lui-même et son angoisse. [107].

La littérature trouve que l'adolescence est un temps de passage de l'enfance vers l'âge adulte marqué par des changements profonds et féconds. Au cours de cette période intense, l'adolescent est amené à élaborer, peu à peu et par lui-même, le profond remaniement interne. Le processus "adolescence" doit être resitué dans son contexte actuel : les influences auxquelles l'adolescent est soumis sont multiples et parfois contradictoires (influence médiatique - économique, familiale, scolaire, sociale, etc.)[106]

## **2-Lorsque l'on est adolescent(e), quels sont les principaux dangers à éviter.**

Les données de notre étude trouvaient que parmi les dangers à éviter, selon l'opinion des élèves, étaient les drogues (31%), le tabac(19.2%), le cannabis(0.4%), l'alcool (3.8%), les mauvais copains et copines (20.1%), se mettre sous la dépendance d'une bande douteuse (2.7%), l'échec scolaire (17.3%), la violence(1.5%) , le style de l'ado trop excessif( 1%) , la solitude et isolement(0.5%), la dépression, la vie en couple(0.3%) , l'abus de télévision et internet (0.2%), l'absence de la confiance, absence du soutien , les conflits familiaux et l'épuisement (0.1%).

À partir de ces données, l'adolescent peut fonctionner dans le temps discontinu sans faire de liens entre les différents moments qu'il vit. Ainsi il peut être à certains moments déjà un adulte, présentant des conduites matures et responsables. À d'autres moments il est encore un enfant demandant, de manière parfois à peine masquée, à être soutenu, accompagné, encadré... A d'autres

moments enfin il peut se conduire de manière typiquement adolescente qui peut le mettre en danger. [107]

# **RECOMMENDATIONS**

La santé et la pratique des conduites à risque des adolescents scolarisés posent une problématique complexe, car les facteurs responsables de ces conduites sont multiples. Ils nécessitent des moyens de prévention diversifiés, qui relèvent de la responsabilité collective de tous les acteurs (famille, école, élèves, professionnels de la santé, intervenant sociaux et pouvoirs publics). Nous proposons quelques recommandations, à développer en partenariat avec tous les acteurs concernés par la santé des adolescents. Nous allons d'abord passer en revue les principaux besoins et nous détaillerons, par la suite, les actions à mener.

## **1-BESOINS DES ADOLESCENTS**

D'après les résultats de notre étude, les besoins exprimés par les élèves, d'une part, et ceux diagnostiqués par les différents indicateurs calculés d'autre part, semblent concorder. Parmi les besoins exprimés par les élèves, nous retiendrons principalement :

- ❖ Une meilleure écoute et communication au sein de la famille et de la part des enseignants.
- ❖ Une amélioration de l'accessibilité aux activités sportives, culturelles pendant le temps libre extrascolaire.
- ❖ Une meilleure connaissance des adresses des espaces d'écoute, d'orientation et de prise en charge dédiés aux problèmes d'addiction.

Pour ceux que nous avons diagnostiqués, nous retiendrons:

- ❖ L'insuffisance des connaissances concernant les risques liés aux substances psycho actives.
- ❖ Manque d'information juste et continue sur leurs principaux problèmes de santé.

- ❖ Une alimentation qui n'obéit pas aux recommandations nutritionnelles, associée à une activité sportive faible et une sédentarité encouragée par le temps passé devant un écran (TV, ordinateur, Smartphone...).

## **2-LES ACTIONS A MENER**

Elles doivent s'inscrire dans une démarche globale d'éducation à la santé par :

a) Information, éducation et communication : IEC

- ❖ l'intégration dans tout le cursus scolaire des connaissances sur :
  - Le tabac, (cigarettes, tabac à chiquer, narguilé...), les substances psycho actives, leurs effets néfastes et la législation marocaine.
  - Les bases de l'alimentation saine et équilibrée
  - et les conséquences d'une sédentarité excessive et la place d'une activité sportive dans la promotion de la santé.
- ❖ L'information des élèves sur l'existence de structures ou d'espaces d'écoute et de prise en charge des problèmes de santé des jeunes dans la wilaya de Kenitra.
- ❖ Les clubs santé : Ils sont créés par instruction interministérielle (éducation nationale et ministère de la santé) du 27 octobre 2002, mais parfois non opérationnels jusqu'à ce jour. Ces "clubs santé" seraient représentés par tous les acteurs intervenants dans la prise en charge des problèmes des adolescents scolarisés, (chef d'établissement, représentants des enseignants, des élèves, des médecins de santé scolaire, des parents...). Ils peuvent être un espace d'échange entre les différents professionnels concernés par le bien-être et la santé des adolescents. Ces clubs seraient renforcés par la collaboration d'intervenants externes pour les problèmes

spécifiques, dont l'apport technique est important, (policiers, gendarmes formateurs dans la lutte contre l'usage des drogues illicites, sécurité routière et les personnalités publiques appréciées par les jeunes). Les actions retenues doivent être centrées sur les élèves en utilisant des méthodes interactives pour permettre à ces adolescents de s'exprimer et de s'appuyer sur leurs représentations, ceci favorisera la prise de conscience de leurs comportements, mieux choisir et orienter les activités à mettre en place de façon à être en phase avec leurs attentes et leurs préoccupations. Aussi ne pas leur imposer des situations avec lesquelles, ils risquent de ne pas s'identifier. Les techniques à utiliser pour une information juste et adaptée doivent être variées :

- Donner la possibilité à chacun de s'exprimer: débats, discussions, jeux de rôle, représentations artistiques...),
- Célébrer les différentes journées internationales et nationales concernant les différents problèmes de santé, (obésité, drogue, tabagisme, IST/SIDA...) et l'élaboration des fiches et des prospectus,
- Faire participer les adolescents dans des émissions thématiques sur la santé des adolescents à la radio et la télévision.

#### b) Mesures préventives

- ❖ Généraliser les cantines scolaires pour une alimentation saine et équilibrée;
- ❖ Faciliter l'accès pour tous et à tous les sports, en aménageant des structures de proximité avec des prix attractifs;



- ❖ Développer les activités périscolaires pour diminuer le temps passé devant les écrans;
- ❖ Instaurer des séances d'aide au sevrage tabagique au profit des jeunes désireux d'arrêter de fumer et des consultations antitabac dans les structures sanitaires primaires;
- ❖ Renforcer le développement des salles d'accueil et de prise en charge des adolescents toxicomanes;
- ❖ Encourager ceux qui n'ont jamais utilisé les produits psycho-actifs à ne pas tenter une expérience et à continuer à s'abstenir ;
- ❖ Favoriser la mise en place d'un environnement scolaire sain, sûr et sans tabac;
- ❖ Intégrer des modules relatifs à la prise en charge intégrée de l'adolescent dans la formation universitaire des futurs médecins;
- ❖ Créer des structures de santé adaptées à la prise en charge des adolescents « les maisons d'adolescents ».

# **CONCLUSION**

La santé des adolescents, problème majeur de santé publique est un des enjeux des plus importants des années à venir. Ce groupe d'âge représente plus d'un milliard (1,2 milliards) de la population mondiale, et la préservation de leur capital santé conditionne la situation sanitaire et sociale future. La revue de la littérature à travers les différentes enquêtes internationales, (enquête Health Behaviour in School-aged Children "HBSC " et l'enquête European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs "ESPAD"), établit des inégalités entre les adolescents des pays les plus riches et ceux à revenu faible ou intermédiaire en matière d'accès aux soins, aux loisirs.etc mais, on assiste à une inflation mondiale des besoins des adolescents caractérisés par leur diversité:

- Affections somatiques

- ✓ Aigues ou chroniques,
- ✓ Congénitales ou acquises,

- Des tendances addictives telles que:

- ✓ La consommation de tabac [ 43,3% des adolescents européens de 15-17 ans, 22,2% des adolescents tunisiens de 15-17 ans (MEDspad,2013) et 9,85% des collégiens et lycéens algériens (CENAP, 2016) sont des fumeurs actuels].
- ✓ La consommation de cannabis : [47,8% chez les adolescents européens de 15-17 ans (ESPAD.2014), 14% des adolescents marocains de 15-17 ans (MEDspad, 2013) et 6% des collégiens et lycéens algériens de sexe masculin (CENAP, 2016) ont consommé du cannabis].
- ✓ La consommation d'alcool: [93% chez les élèves de la terminale (ESPAD 2011), 21% des adolescents marocains de 15-17 ans (MEDspad, 2013) et

1,95% des collégiens et lycéens algériens (CENAP, 2016) ont consommé de l'alcool]

- Une augmentation de la prévalence de l'obésité et de surpoids [16,4% des adolescents américains de 12-17 ans (.YRBSS, 2013), 10,6% des adolescents Français de 11-15 ans (HBSC, France 2010) et 20% des adolescents algérois de 12-17 ans (Alam 2012)]
- Une augmentation des maladies infectieuses [plus de 2,2 millions d'adolescents dans le monde vivent avec le VIH dont 1,8 millions en Afrique subsaharienne (UNICEF 2012)]
- Une influence de plus en plus importante des différents déterminants de santé, (facteurs environnementaux, familiaux, socioéconomiques, socio culturels et scolaires).

Des études parcellaires réalisées en Maroc ont déjà alimenté la réflexion, sans aboutir à une stratégie de prévention et de prise en charge organisée au sein d'une consultation bien définie et programmée (OMS, objectifs du millénaire), car le système socio sanitaire marocain tout comme dans la majorité des pays repose en matière de santé scolaire qui ne peut pas reprendre globalement la santé telle que définie par l'OMS " La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Sur la base des résultats observés nous avons proposé des actions articulées sur :

- 1) La législation qui doit améliorer les lois et la réglementation (tabac, étiquetage des produits, concentration en sucre des boissons.)
- 2) La Réponse aux besoins des adolescents les plus vulnérables par la création des maisons de jeunes accessibles.

3) La Lutte contre la sédentarité en développant des activités physiques surtout à l'école (3-4 heures /semaine) et diminuer le temps passé devant un écran.

4) La Réduction de la prévalence du tabagisme dans la population générale tout en ciblant les adolescents (tabagisme occasionnel, régulier) et retarder l'âge d'initiation tabagique.

Ce travail, n'avait pas pour vocation d'identifier tous les besoins de santé des adolescents mais, de faire un état des lieux des besoins et les comportements à risque des adolescents scolarisés dans la ville de Kenitra, à travers leurs demandes diagnostiquées par l'analyse des réponses aux questionnaires auto administrés.

Les résultats rapportés sont certes insuffisants, pour en tirer des conclusions générales et définitives en matière de comportements à risque et des besoins, mais nous souhaitons que, cet état des lieux permette, une prise de conscience et une réflexion sur l'importance que représente la santé des adolescents.

En effet l'adolescence est la période initiale d'un long processus somatique, psychique, culturel et social, processus où se construit le capital santé dont dépendra la santé ultérieure de l'individu et qu'il faudra donc préserver dans un contexte de politique globale.

Les déterminants de la santé ayant évolué , il faudrait développer une prise en charge transversale qui appréhenderait non plus la morbidité et la mortalité comme unique indicateur, mais en tenant compte de tous les facteurs, (socio économiques, culturels réussite scolaire et situation familiale ), la prévention et les soins n'étant pas les seuls moyens au service de la santé,

différents acteurs sont concernés car la santé est une responsabilité collective (charte Ottawa 1980).

# RESUMES

## RESUME

**TITRE : Hygiène de vie et état de santé des collégiens : enquête au niveau d'un établissement de la ville de Kenitra.**

**AUTEUR : IHSSANE BEJJA**

**Rapporteur : PR. KABIRI**

**Mots clés : Hygiène de vie – Santé- Collégiens – enquête -Kenitra**

**Objectifs : Décrire l'état de santé des collégiens et ressortir les facteurs de risque de leurs comportements à risque.**

**Matériel et méthodes :** Etude prospective de Mai 2016 à Janvier 2017 au niveau d'un collège public de Kenitra. Par un questionnaire auto-administré. L'estime de soi était évaluée par la version arabe de l'échelle de Rosenberg et chaque élève a été pesé et toisé. Un  $P < 0.05$  est considéré significatif.

**Résultats :** 1008 élèves ont été inclus. L'âge moyen était 14 ans et 54% étaient de sexe féminin. L'obésité était 10.97%. Seuls respectivement 18.5% et 15.1% des élèves prenaient le petit déjeuner et gouter chaque jour. 46.5% fréquentaient les Fast-foods et 21% grignotaient régulièrement. La moyenne de sommeil était 8 h et 86% pratiquaient le sport régulier. Seul 36.7% brossaient leurs dents 3 fois/j. La consommation de tabac et de drogue a été rapportée respectivement par 1.1% et 0.9% des cas. Les écrans étaient fortement utilisés. Respectivement 42.5% et 75.5% des élèves avaient des difficultés scolaires et psychiques. L'estime de soi était faible pour 31.9% cas. 13-14 ans était la plus exposée aux fast-foods, écrans et baladeurs. Les filles étaient exposées à l'utilisation des baladeurs et le non brossage des dents. Enfin, le niveau scolaire des mères était un facteur d'une meilleure hygiène de vie.

**Conclusion :** La préservation du capital santé des collégiens conditionne la situation sanitaire future de chaque pays. Notre étude a montré l'existence de multiples problèmes et a ressortit certains facteurs de risque dont il faut tenir compte pour des actions de prévention efficaces.



## SUMMARY

**TITLE:** Hygiene and health of school children: investigation at the level of an institution in the town of Kenitra.

**AUTHOR:** IHSSANE BEJJA

**Rapporteur:** PR. KABIRI

**Key words:** Hygiene - Health – Junior high school - inquiry -Kenitra

**Objectives:** To describe the health status of junior high school students and to highlight risk factors for their risk behaviors.

**Materials and methods:** Prospective study from May 2016 to January 2017 at the level of a public junior high school of Kenitra. Through a self-administered questionnaire. Self-esteem was assessed by the Arabic version of the Rosenberg scale and each student was weighed and weighted. A  $P < 0.05$  is considered significant.

**Results:** 1008 students were included. The average age was 14 years and 54% were female. Obesity was 10.97%. Only 18.5% and 15.1% of the pupils took breakfast and tasted each day. 46.5% attended Fast Foods and 21% ate at regular intervals. The average sleep was 8 hours and 86% practiced regular sport. Only 36.7% brushed their teeth 3 times / day. Tobacco and drug use were reported by 1.1% and 0.9% respectively. The screens were heavily used. Respectively, 42.5% and 75.5% of students had academic and psychological difficulties. Self-esteem was low for 31.9% cases. 13-14 years was the most exposed to fast food, screens and walkmans. Girls were exposed to the use of walkmans and non-brushing teeth. Finally, the educational level of mothers was a factor in a better hygiene of life.

**Conclusion:** The preservation of the health capital of junior high school students determines the future health situation of each country. Our study showed multiple problems and identified some risk factors that must be taken into account for effective prevention actions.

## ملخص

العنوان: تقييم نمط الحياة والحالة الصحية بين تلامذة الإعدادي حكومي بمدينة القنيطرة  
(حول 1008 حالة)

الكاتبة: إحسان بجة.

المشرفة: أستاذة كبيرى مريم.

كلمات البحث: الحياة الصحية , الصحة , الإعدادي , استبيان شخصي , القنيطرة

**الهدف من الدراسة :** وصف الحالة الصحية لتلامذة السلك الإعدادي واستخراج العوامل المؤثرة في بعض السلوكيات الخطرة  
**المواد والطرق :** دراسة استطلاعية امتدت ما بين ماي 2016 ويناير 2017 بإحدى الإعداديات الحكومية بالقنيطرة بواسطة استبيان شخصي.

في بحثنا استعملنا مقياس تقدير الذات النسخة العربية لسلم روزنبرغ و كل تلميذ تم قياس طوله ووزنه . نتيجة إيجابية.  $0.05 > P$

**نتائج :** شملت الدراسة 1008 تلميذ، تمثل متوسط أعمارهم في 14 سنة، شكلت نسبة الإناث 54% و معدل السمنة % 10.97

فقط و على التوالي % 18.5 و % 15.1 يأخذون وجبة الإفطار ما قبل العشاء بينما % 46.5 يترددون على الوجبات السريعة و % 21 الوجبات الخفيفة بانتظام.

تمثل معدل النوم في 8H و % 86 يزاولون الرياضة بشكل منتظم. % 36.7 ينظفون أسنانهم 3 مرات يوميا نسبة استهلاك السجائر والمخدرات كانت على التوالي % 1.1 و % 0.9

استعمال الشاشات حاضر . و على التوالي % 42.5 و % 75.5 من التلامذة يعانون من مشاكل دراسية و نفسية. مقياس تقدير الذات كان ضعيف بنسبة % 31.9

فئة 13-14 سنة هي الأكثر تعرضا للوجبات السريعة ، الشاشات و مسجلات الأغاني. الإناث الأكثر تأثرا بمسجلات الأغاني و تنظيف الأسنان . في الأخير المستوى الدراسي للأمهات يعد عامل أساسي لنمط الحياة الجيد

### خلاصة

المحافظة على جوهر صحة تلامذة الإعدادي يعد من أسس المحافظة على الوضع الصحي المستقبلي لكل بلد. أظهرت دراستنا وجود مشاكل متعددة و استخرجت بعض عوامل الخطر و التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار لاتخاذ إجراءات وقائية فعالة

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. JOUSSELME.C, COSQUER.M, HASSLER.C. Portraits d'adolescents : enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. 2014 p14.
2. « History of Port Lyautey », *Port Lyautey*, 5 avril 2014 (lire en ligne [archive])
3. Haut Commissariat au Plan 2015. Annuaire statistique régional 2015 direction régionale GHARB-CHRARDA-BENI HSEN. [http://www.hcp.ma/region-kenitra/Annuaire-statistiques-de-la-region\\_a2.html](http://www.hcp.ma/region-kenitra/Annuaire-statistiques-de-la-region_a2.html)
4. Ministère de l'Education Nationale & de la Formation Professionnelle 2017 .Délégation provinciale du Ministère de l'Education Nationale de Kenitra.
5. <http://www.definitions-marketing.com/definition/echantillon-de-convenance/>
6. PÈQUIGNOT G. Qualités et défauts des enquêtes alimentaires Cah. Nutr. Diét., 26, N° 4, 1991 : 241-5
7. DUPIN H. et HERCBERG S. Evolution de l'alimentation dans les pays en voie de développement In HERCBERG S., DUPIN H., PAPOZ L. et GALAN P. Nutrition et santé publique – Approche épidémiologique et politique de prévention Lavoisier, Tec et Doc, 1985 : 61-73 (709 p.)
8. <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/23717-sedentarite-definition>
9. Définition de l'autonomie selon le grand Larousse encyclopédique, 2007. <http://www.larousse.fr/encyclopedie>.
10. G. Dorard , C. Bungener, , S. Berthoz, Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage de produits psychoactifs à l'adolescence

Original Research Article Psychologie Française, Volume 58, Issue 2, June 2013, Pages 107-121.

11. A.M.Abdel-Khalek; A.Shokry Korayem, ; M. A El-Nayal. self-esteem among college students from four Arab countries"Psychol Rep. 2012 Feb;110(1):297-303
12. N. Crépin et F. Delerue. Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg <http://www.irbms.com/download/documents/echelle-estime-de-soi-de-rosenberg.pdf>
13. CHERKAOUI .I.D. Evaluation de l'état nutritionnel chez les enfants scolarisé dans les écoles publiques de la ville de Rabat: rôle des facteurs socioéconomique .Thèse de doctorat de Rabat 2014 N° 09/14CSVS
14. Cole TJ, Bellizi MC, Flegal KM, Dietz WH. (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*, 320 : 1240-3/ Must A, Anderson SE. (2006) Body mass index in children and adolescents : Considerations for population-based applications. *Int J Obes*, 30:590-4
15. WHO. (2007) Growth reference 5 - 19 years, 2007 [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/).
16. Allam.F, Sais.Z, et all projet de recherche 05/06/2007/2009." Etude du surpoids, de l'obésité et des facteurs associés au surpoids, chez les élèves du cycle moyen scolarisés dans les collèges publics de l'EPSP Bouzareah" .Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière. 2011. 54-63

17. Ministère de la santé, direction de la santé scolaire et universitaire. Résultats de l'enquête Méditerranéen School Survey Project on Alcohol and other Drugs (MedSPAD). Tunisie. 2014
18. Projet Méditerranéen d'Enquête Scolaire sur l'Alcool et les autres Drogues) MEDSPAD Maroc Royaume Maroc. Ministère de la santé. 2013
19. Godeau. E ; Grandjean.H; Navarro.F. Rapport d'enquête Health Behaviour in School- aged Children France .Editions Inpes, 2010
20. Service d'information et promotion d'éducation à la santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC2010. Belgique.Editions. SIPES .2013
21. Kaddache.C-A. Etat de santé de l'adolescent (Daïra de Blida). Thèse de doctorat en science médicale. Université d'Alger1. 2006
22. C. Delpierre, S. Jovic, C. Arnaud Statut socio-économique et structure des familles HBSC 2010 p35-45
23. Organisation mondiale de la santé. Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux prestataires de soins de santé. Polycopié OMS 2005
24. A. Soualem. y. Aboussaleh, A.O.T. Ahami. .al Impact du statut socio-économique sur le développement cognitif et comportemental chez l'enfant scolarisé au Maroc Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive Volume 15, Issue 2, June 2005, Pages 55-60

25. Virginie Ehlinger et al., « Présentation de l'enquête HBSC sur la santé et les comportements de santé des collégiens de France en 2014 », Agora débats/jeunesses 2016/4 (N° Hors série), p. 7-22.
26. Mairie.B, Tessier.S . La nutrition un défi pour la planète : transitions alimentaires et nutritionnelles. Institut de recherche pour le développement. France. 2010.
27. Nicklas T.A, Hayes.D. Position of the American dietetic association: nutrition guidance for health children ages 2 to 11 years. Journal of the American dietetic association. Vol108 .N° 6 juin 2008.
28. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Rapport d'évaluation des risques, liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement Saint-Denis 2010
29. Hamchaoui .F Besoins de santé et comportements à risque des adolescents scolarisés dans la wilaya d'Alger. Thèse du doctorat en sciences médicales Alger 2016.
30. TAVOULARIS.G, RECOURS.F, HEBEL.P Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC 2007) . Perception de la qualité et des signes officiels de qualité dans le secteur alimentaire. NOVEMBRE 2007
31. Bigo.Rt et Croutte.P. Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie (CREDOC 2010) Comportements et Consommations Alimentaires en France La diffusion des technologies de

l'information et de la communication dans la société française. Décembre 2010

32. <http://www.enfant.com> > Votre enfant 5-11 ans > Alimentation
33. Godeau.E ; Grandjean.H; Navarro.F. Rapport d'enquête Health Behaviour in School- aged Children France Editions Inpes, 2006
- 34 . Organisation mondial de la santé Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé Surpoids et obésité de l'enfant Aide mémoire 311; 2015.
35. Margaret D. Carroll.M. Prévalence of obésity among childrenand adolescents in the United States and canada enfants et les adolescents aux États-Unis et au Canada. NCHS Data brief No. 211 2015
36. Kaoutar.K ; Hilali.M et all. IMC et facteurs associes à la sédentarité des adolescents de la ville de Marrakech. Maroc. Rev biométrie humaine et anthropo. 2012. p30-34
37. Regaieg S, Charfi N, Trabelsi L, et al. Prévalence et facteurs de risque du surpoids et de l'obésité dans une population d'enfants scolarisés en milieu urbain à Sfax, Tunisie.The Pan African Medical Journal. 2014 17 ; 57.
38. Hamidou oumar.B-A, Ichaka.M. Surpoids et obésité de la population générale de 5 à 19 ans en milieu urbain bamakois (Mali). Pan africain médical journal. 2014 ; 19:352.4381



39. Hadji lehtihet .A. Prévalence du surpoids et de l'obésité, en milieu scolaire dans la wilaya d'Alger année 2012. Thèse de doctorat en science médicale. Université d'Alger1. Faculté de médecine , 2012
40. Regaieg S, Charfi N, Trabelsi L, et al. Prévalence et facteurs de risque du surpoids et de l'obésité dans une population d'enfants scolarisés en milieu urbain à Sfax, Tunisie.The Pan African Medical. Journal. 2014 17 ; 57
41. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis. Rev la plaine. 2003.
42. Aboussad.A, Cherkaoui.M, et Vimard.P. Santé et vulnérabilité au Maroc. Universite Cadi Ayyad. LPED, 254 p. 2010.
43. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan obésité 2010-2013 Paris : ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 2011 : 66 p. En ligne : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_ Obesite\\_2010\\_2013.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Obesite_2010_2013.pdf)
44. Mairie.B, Tessier.S . La nutrition un défi pour la planète : transitions alimentaires et nutritionnelles. Institut de recherche pour le développement. France. 2010.
45. Zimmerman Fj.children's média use and sleep Problems : issues and unanswerd questions.the kaiser Family Foundation ;2008
- 46 OMS, Protéger les enfants des effets nocifs de la commercialisation des denrées alimentaires et des boissons Dossiers et reportages »Dossiers d'actualité Septembre2014 [http://www.who.int/features/2014/uk-food-drink-marketing/fr/#.WG4\\_UVFayqQ.gmail](http://www.who.int/features/2014/uk-food-drink-marketing/fr/#.WG4_UVFayqQ.gmail)

47. Brocatus L & De Ridder K. Alimentation enrichie et compléments alimentaires. Dans : Bel S, Tafforeau J (éd.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 4. WIV-ISP, Bruxelles, 2016
48. O. Berriche, H. Souhaila, I. Lahmar et al Apport nutritionnel et consommation des compléments alimentaires chez une population de sportives amateurs *Nutrition Clinique et Métabolisme*, Volume 30, Issue 2, Pages 110-111
49. Swiss multicenter. Adolescent survey on health. SMASH2002 Lausanne: IUMSP 2004
50. Observatoire suisse de la santé : Rapport la santé en suisse latine analyse des données de l'enquête suisse sur la santé 2007 OBSAN. Rapport 48 neuchatel Suisse. OBSAN 2011 [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)
51. Centers for disease control and prevention. Youth risk behaviour surveillance united states 2013. Surveillance sommaires. Vol 63. N°04 13 june 2014
52. Godeau.E ; Grandjean.H; Navarro.F .Rapport d'enquête; Health Behaviour in School- aged Children France. Editions Inpes, 2002
53. Centers for disease control and prevention. Youth risk behaviour surveillance united states 2013. Surveillance sommaires. Vol 63. N°04 13 june 2014
54. Xavier BERTRAND, RAPPORT SUR LE THEME DU SOMMEIL, Synthèse Le sommeil chez l'enfant et l'adolescent P 53 Ministère de la

Santé et des Solidarités DECEMBRE 2006 publié le 13 juin 2010.  
<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-5.pdf>

55. Pr Joël Paquereau, Pr Damien Léger, Jacques Boussuge Dossier de presse  
9ème Journée Nationale du Sommeil ET DE VIGILANCE Mercredi 18  
mars 2009 <http://www.institut-sommeil-vigilance.org/espace-presse>
56. Siegel J. M. Sleep Viewed as a State of Adaptive Inactivity: the Origin of  
Synapses. Nature Reviews Neuroscience, 2009, vol. 10, n° 10 : p. 747-  
753
57. Walker M. P, The Role of Sleep in Cognition and Emotion. Annals of the  
New York Academy of Sciences, 2009, vol. 1156 : p. 168-197
58. S.Royant-Parola Le sommeil au collège publié le 20 Décembre 2008  
<http://morphee.biz/article-25950672.html>
57. Tedj el moulouk.K.H .Habitudes alimentaires et hygiène bucco-dentaire  
proposition d'un protocole de pré-enquête chez 125 étudiants  
Constantine. Mémoire de magister en sciences alimentaire Algérie 2008.
59. Bleno kevin.K. La santé bucco-dentaire Cameroun immersion cliniques.  
Thèse de docteur en chirurgie dentaire. Faculté de médecine. Cameroun.  
2012
60. Swiss multicenter. Adolescent survey on health. SMASH2002 Lausanne:  
IUMSP 2004
61. Grandjean.H. Rapport d'enquête, hygiène bucco-dentaire HBSC 2006.  
France. Editions Inpes 2008 92-98, p276

62. Service d'information et promotion d'éducation à la santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC2010. Belgique.Editions. SIPES .2013.
63. Organisation mondiale de la Santé. Santé pour les adolescents du monde, une deuxième chance pour la deuxième décennie. OMS .2010. isbn 978924 250831 OMS 2015 p 60.
64. Louaste.B, Boudina.L et all. Tabagisme chez les collégiens de la région de Fes (Maroc). Européen scientific journal édition. Vol10. N°09. 2014. Issn 1857-7881
65. Service d'information et promotion d'éducation à la santé des élèves de l'enseignement secondaire. Résultats de l'enquête HBSC2010. Belgique.Editions. SIPES .2013.
66. Ministère de la santé, direction de la santé scolaire et universitaire. Résultats de l'enquête Méditerranéen School Survey Project on Alcohol and other Drugs (MedSPAD). Tunisie. 2014
67. Hamadoun.Sangho et all. Tabagisme en milieu scolaire dans une commune de Bamako au Mali .Rev mali médical, tome XXIX, n°01, 2014, p 36-39
68. Spilka.S, le Nezet.O et all. Les drogues à 17 ans analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. (OFDT) . tendance100, mai 2015.
69. Observatoire suisse de la santé : Rapport la santé en suisse latine analyse des données de l'enquête suisse sur la santé 2007 OBSAN. Rapport 48 neuchatel Suisse. OBSAN 2011 [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch)

70. Steinberg. C, Freeman.Johan. Santé des jeune au canada accent sur la santé mental .HBSC. Canada. 2010.
71. Bensalah.M. Connaissance, attitudes et comportement des écoliers vis à vis du tabagisme à la préfecture d'Oujda. Thèse de doctorat en médecine .Faculté de médecine et de pharmacie Fes .Maroc. 2010
72. Royaume du Maroc. Ministère de la santé. Résultats de l'enquête global youth tobacco survey GYTS Maroc 2010
73. Kaddache.C-A. Etat de santé de l'adolescent (Daïra de Blida). Thèse de doctorat en science médicale. Université d'Alger1. 2006
74. Ministre de la santé et de la population et de la reforme hospitalière, direction de la prévention et de la promotion de la santé. Résultats de l'enquête the global youth tobacco survey .GYTS Algeria .2013
75. Harribi.I, Ghannem.H et all. Le tabagisme en milieu scolaire à Sousse.Tunisie Revue des Maladies. Respiratoires, Vol 19, N°3, 2002 pp. 311-314
76. Ministre de la santé, direction des études et de la planification. Résultats de l'enquête global youth tobacco survey. GYTS. Tunisie. 2010
77. Spilka.S, le Nezet.O et all. Les drogues à 17 ans analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. (OFDT) . tendance100, mai 2015.
78. Organisation mondiale de la santé. Programme d'Orientation sur la Santé des Adolescents destiné aux prestataires de soins de santé. Polycopié OMS 2005

79. Ministère de la santé, direction de la santé scolaire et universitaire. Résultats de l'enquête Méditerranéen School Survey Project on Alcohol and other Drugs (MedSPAD). Tunisie. 2014
80. King.M, Freeman.GJ .La santé des jeunes canadiens un accent sur la santé mentale. Rapport d'enquête santé des jeunes en milieu scolaire HBSC Canada 2010. Agence de santé publique, Canada .2014.
81. Swiss multicenter. Adolescent survey on health. SMASH2002 Lausanne: IUMSP 2004.
82. Projet Méditerranéen d'Enquête Scolaire sur l'Alcool et les autres Drogues) MEDSPAD Maroc Royaume Maroc. Ministère de la santé. 2013
83. Ministère de la justice, office nationale de lutte contre la drogue et la toxicomanie, centre national d'études et d'analyses pour la population et le développement. Enquête épidémiologique nationale et globale sur la prévalence de la drogue en Algérie synthèse globale 2010
83. Institut national de santé publique (INSP).Santé jeunes. Bulletin trimestriel n°00 Janvier 1996 pp 3-4 ; 7
84. Spilka S. et Le Nézet O.Alcool, tabac et cannabis durant les années lycée. Rev .Tendances n°89, OFDT, 2013, 8 p.
85. Spilka.S, Janssen.E et all .Détection des usages problématiques de cannabis, le cannabis abuse screening test CAST. Note n°01 OFDT. 2013.
86. <http://www.techno-science.net/?onglet=news&news=7066>

87. Cécile Moreschi, rédactrice Canal Vie, Éducation et comportement, L'argent de poche, oui ou non? <http://www.canalvie.com/famille/education-et-comportement/articles-education-et-comportement/l-argent-de-poche-oui-ou-non-1.1040275> ;
88. Pétry Philippe, « Entre adulte et adolescents : du flou dans les places, confusion et différenciation », La lettre de l'enfance et de l'adolescence, 2013/1 (n° 88), p. 7-9.
89. Prost A. L'histoire du système éducatif français. In : Toulemonde B. dir. Le Système éducatif en France. Paris : La Documentation française, 2009 : p. 11-18
90. Mons N. L'évaluation des politiques éducatives. Apports, limites et nécessaire renouvellement des enquêtes internationales sur les acquis des élèves. Revue internationale de politique comparée, 2007, vol. 14, n° 3 : p. 409-423.,
91. Baudelot C., Establet R. L'Élitisme républicain. L'École française à l'épreuve des comparaisons internationales. Paris : Seuil, 2009 : 120 p..
92. Eccles J. S., Roeser R. W. Schools as Developmental Contexts During Adolescence. Journal of Research on Adolescence, 2011, n° 21 : p. 225-241.
93. Katja R., Päivi A. K., Marja-Terttu T., Pekka L. Relationships Among Adolescent Subjective Well-being, Health Behavior, and School Satisfaction. Journal of School Health, 2002, vol. 72, n° 6 : p. 243-249.

94. Suldo S. M., Riley K. N., Shaffer E. J. Academic Correlates of Children and Adolescents' Life Satisfaction. *School Psychology International*, 2006, vol. 27, n° 5 : p. 567-582.
95. Resnick M. D., Bearman P. S., Blum R. W., Bauman K. E., Harris K. M., Jones J., et al. Protecting Adolescents from
96. Vieno A., Santinello M., Galbiati E., Mirandola M. School Setting, School Climate and Wellbeing in Early Adolescence : A Comprehensive Model. *European Journal of School Psychology*, 2004, vol. 2, n° 1-2 : p. 219-238.
97. Bond L., Butler H., Thomas L., Carlin J., Glover S., Bowes G., et al. Social and School Connectedness in Early Secondary School as Predictors of Late Teenage Substance Use, Mental Health, and Academic Outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 2007, vol. 40, n° 4 : p. 357.e9-357.e18.
98. Haldre K., Rahu K., Rahu M., Karro H. Individual and Familial Factors Associated with Teenage Pregnancy : an Interview Study. *European Journal of Public Health*, 2009, vol. 19, n° 3 : p. 266-270.
- 99 Resnick M. D., Bearman P. S., Blum R. W., Bauman K. E., Harris K. M., Jones J., et al. Protecting Adolescents from Harm, Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 1997, vol. 278, n°10 : p. 823-832
100. Ledoux S., Miller P., Choquet M., Plan M. Family Structure, Parents-child Relationships and Alcohol and Other Drug Use Among Teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol & Alcoholism*, 2002, vol. 37, n°1 : p. 52-60



101. Choquet M., Hassler C., Morin D., Falissard B., Chau N. Perceived Parenting Styles and Tobacco, Alcohol and Cannabis Use Among French Adolescents: Gender and Family Structure Differentials. *Alcohol & Alcoholism*, 2008, vol. 43, n°1 : p. 73-80.
102. Gaspar de Matos M., Simões C., Batista-Foguet J., Cottraux J. Facteurs personnels et facteurs sociaux associés à la perception de santé et à la perception de bonheur dans une population adolescente non clinique. *L'Encéphale*, 2010, vol. 36, n°1 : p. 39-45..
103. Harold G., Aitken J., Shelton K. Inter-parental Conflict and Children's Academic Attainment: a Longitudinal Analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007, vol. 48, n°12 : p. 1223-1232.
104. Hélène Harel-Biraud, Manuel de psychologie à l'usage des soignants (3e édition), 2010, 4 – L'adolescence Pages 59-83.
105. **Alain Braconnier**, Guide de l'adolescent (Le): De 10 ans à 25 ans Broché – 11 janvier 2007.
106. TARTAR-GODDET, Les étapes du processus adolescent en France [www.ere-oca.com/documents/document\\_39.pdf](http://www.ere-oca.com/documents/document_39.pdf)
107. Développement psychomoteur : l'enfant de 11 à 16 ans publié le 29 mars 2010 <http://afev-chambery.over-blog.com/article-developpement-psychologique-l-enfant-de-11-a-16-ans-47601322.html#45911645>

# **ANNEXES**

# QUESTIONNAIRE

## (Version arabe)

### بطاقة تعريف الطالب:

الاسم الشخصي والعائلي : \_\_\_\_\_ القسم: \_\_\_\_\_ مكان الازدياد: \_\_\_\_\_ السن: \_\_\_\_\_ عدد الأخوة : \_\_\_\_\_ مهنة الأب: \_\_\_\_\_ الوزن: \_\_\_\_\_ التلقيح : نعم لا

مشاكل صحية: 1 آلام الظهر 2 آلام الرأس 3 المعدة 4 القيء و الحرقه 5 الإمساك 6 حب الشباب 7 الضيقه 8مشاكل الدورة الشهرية 9 مشاكل في الأسنان 10 الحساسية 11 شيء آخر.....

### التغذية والعادات الغذائية

- 1/ كم من مرة في الأسبوع لا تتمكن من أخذ وجبة الإفطار.....
- 2/ ما هو المشروب الذي تشربه في وجبة الغذاء والعشاء ؟ 1 الماء 2 المشروبات الغازية 3 الحليب و مشتقاته 4 عصير الفواكه
- 3 ما هو المشروب الذي تشربه خارج أوقات الأكل ؟ 1 الماء 2 المشروبات الغازية 3 الحليب و مشتقاته 4 عصير الفواكه
- 4 عندما تحس بالعطش في الإعدادية ؟ 1 تشرب من صنوبر المؤسسة 2 تشتري من دكان المؤسسة 3 تشتري من الخارج 4 تجلب معك به من المنزل
- 5 هل تتناول شيئا ما من بعد وجبة الغذاء ؟ 0 أبدا 1 بعد المرات 2 في غالب الأحيان 3 دائما
- 6 هل تتناول شيئا ما بعد العودة من الإعدادية؟ 0 أبدا 1 بعد المرات 2 في غالب الأحيان 3 دائما
- 7 هل تتناول شيئا من بعد وجبة الغذاء عندما لا تدرس؟ 0 أبدا 1 بعد المرات 2 في غالب الأحيان 3 دائما
- 8 هل تتناول شيئا بين الوجبات الأساسية باستثناء ما تتناوله من بعد الغذاء؟ 0 أبدا 1 بعد المرات 2 في غالب الأحيان 3 دائما
- 9 ما هي الوجبات التي تأخذها أمام التلفاز؟ 0 أبدا 1 الفطور 2 الغذاء 3 وجبة بعد الغذاء 4 العشاء
- 10 عندما تشاهد التلفاز ماذا تأكل ؟ 0 لا شيء 1 مأكولات حلوة ( بسكويت/ شكلاطة /مثلجات /سكريات ) 2 مشروبات ( غازية/ طاقية) 3 مملحات 4 أشياء أخرى
- 11 هل تذهبون لمحللات الوجبات السريعة؟ 0 أبدا 1 مرة في الأسبوع 2 عدة مرات في الأسبوع 3 كل يوم
- 12 هل سبق لكم أن قمتم بحمية غذائية؟ 1 نعم 0 لا
- 13 هل تفكرون أن ما تتناولونه ؟ 1 عادي 2 كثير 3 قليل
- 14 هل تظنون أن ما تتناولونه له تأثير على صحتكم ؟ 1 أبدا 2 ربما لا 3 ربما نعم 4 طبعاً

### العادات اليومية:

- 1 متى تنامون في العادة في وقت الدراسة ؟ متى تستيقظون في العدة في وقت الدراسة ؟
- 3 كم مرة تنظفون أسنانكم ؟ 0 أبدا 1 ثلاث مرات في الأسبوع 2 مرة في اليوم 3 مرتان أو أكثر في اليوم
- 4 كم مرة تستحمون ؟ 0 أبدا 1 مرتان أو ثلاث في الأسبوع 2 كل يوم
- 5 بعد مزاوله بعض النشاطات أو الرياضة هل تستحمون ؟ 0 أبدا 1 ليس في كل مرة 2 دائما
- 6 هل سبق أن أخذتم بعض الأدوية الطاقية لتحسين مستوى دراستكم ؟ 1 نعم 0 لا 7 لتحسين قدراتكم الرياضية ؟ 1 نعم 0 لا
- 8 هل سبق لكم أن جربتم التدخين ؟ 1 نعم 0 لا 9 هل سبق لكم أن جربتم تناول المخدرات ؟ 1 نعم 0 لا
- 10 ما هو رأيكم في التدخين ؟
- 11 هل تظنون أن الإعلانات التلفزية لها تأثير على اختياراتكم الملابسية و الغذائية ؟ 1 نعم 0 لا
- 12 هل تملكون مسجل موسيقي ؟ كم من ساعة في اليوم تستمعون للموسيقى؟ 13 هل تنامون به؟ 1 نعم 0 لا

### الحركة:

- العاب الفيديو : كم من ساعة في اليوم  
التلفاز: كم من ساعة في اليوم  
الانترنت : كم من ساعة في اليوم
- كم من مرة في الأسبوع: 1 2 3 كل يوم  
كم من ساعة في الأسبوع: 1 2 3 كل يوم  
كم من ساعة في الأسبوع: 1 2 3 كل يوم

- الرياضة: 1 المشي 2 الجري 3 الكرة 4 فنون الدفاع عن النفس 5 ابرويك كم من مرة في الأسبوع: 1 2 3  
الهوايات : 1 الموسيقى 2 التلفزة 3 السينما 4 الوسائط الإعلامية المتعددة 5 لقاء الأصدقاء 6 قراءة المجلات 7 قراءة الكتب  
8 بريكولاج 9 الطبخ 10 صالات الرياضة

### الإستقلالية:

- 1 كم هو مصروف الجيب الذي يعطيه لك أبويك ؟ درهم في الشهر  
2 كيف تستعمله ؟ 1 اللبس 2 مساعدة الأسرة 3 الأكل 4 أدوات مدرسية 5 التنقل 6 توفير 7 شيء آخر .....  
3 ما هي أهم أهدافك ؟ 1 النجاح في الدراسة 2 الاستقلال 3 الازدهار التقدم 4 بناء مستقبلي 5 عمل جيد 6 السفر 7 الترفيه  
والخروج 8 الرياضة 9 الحياة الثقافية 10 مسؤوليات 11 مساعدة الآخرين  
4 ما الذي ينفصك في الوقت الحالي ؟

### مرحلة المراهقة:

- 1 المراهقة هي تغير ؟ 1 جسماني 2 نفساني 3 في العلاقات 4 مع المجتمع  
2 المراهقة هي انتقال إلى مرحلة النضوج ؟ مع 1 الشواهد 2 النضوج 3 بداية العمل 4 الحياة الثنائية  
3 مرحلة المراهقة تتمثل لديكم ب : 1 تحول جسماني 2 رفض الإيجار و التقييد 3 تحول في العلاقات 4 تحول في العلاقات العائلية 5  
التحكم الذاتي 6 الاستقلال 7 البحث عن الحوار 8 حساسية زائدة 9 صراعات أكثر 10 مزاج متغير 11 الخوف 12 القلق 13  
الوحدة 14 الانعزال 15 رؤية جديدة للأشياء 16 انفتاح الشبهة  
4 ما هي أهم الأخطار التي تواجه المراهق : 1 قلة النوم 2 التعب المرافق للمراهقة 3 حياة غير منظمة 4 الافتراق عن الكبار 5 عدم  
الاهتمام بالدراسة 6 الفشل الدراسي 7 الوقوع تحت تأثير أصدقاء سيئين 8 رفض القواعد 9 صراعات متعددة 10 الإدمان على التلفزة  
11 الإدمان على التدخين و المخدرات 12 السرقة 13 أسلوب المراهقة المفرط في اللبس و الكلام 14 الانعزال 15 الانطواء 16 العوائق  
17 العنف 18 مشاكل مع الأساتذة  
5 ما هي أهم الأشياء في حياتك ؟ 1 أبويك 2 الأساتذة 3 الأصدقاء 4 صحة جيدة 5 الرياضة 6 الهويات و الخرجات 7 التلفاز و الحاسوب 8  
الحوار 9 المسؤوليات

- 6 هل عند مشاكل في الدراسة ؟ 0 لا 1 نعم  
7 هل سبق ل كان كررت سنة دراسية ؟ 0 لا 1 نعم

### الأشكال النفسية و المجتمعية :

- 1 هل أنت شاب أو شابة: 1 مرتاح 2 مرتاح قليلا 3 محتاج الدعم 4 متخوف على المستقبل 5 قلق 6 تعاني من مشاكل النوم 7 تعب  
2 ماذا تحب أكثر ؟ الخروج مع الأصدقاء 2 مساعدة الآخر 3 تكون مع الأصدقاء 4 الحرية 5 المسؤولية 6 الاستمتاع و اللهو  
3 ما الذي لا تحبه أبدا ؟ 1 القمع 2 الدراسة 3 أن تعامل كالأطفال 4 النفاق 5 الظلم 6 الفشل  
4 من هم الأشخاص الذين يساعدونك في إنجاز مستقبلك ؟ 1 الأهل 2 الأصدقاء 3 المجتمع 4 الأقرباء 5 كتاب متخصص 6 أنا وحدي 7 الإعدادية  
5 ما المشكل الذي تواجهه حاليا ؟ 0 لا شيء 1 جسماني 2 نفسي 3 علاقة مع الأصدقاء 4 علاقة مع الأهل

### تقدير النفس

- 1 كيف تفكر اتجاه حياتك في الإعدادية ؟ 1 جيد 2 دون تعليق 3 سيء  
2 عند حدوث مشكل فمن تتفق ؟ 1 الأهل 2 الأقارب 3 الإعدادية 4 الحارس العام 5 الأصدقاء 6 الأساتذة 7 شخص آخر  
3 كيف تفكر في مشاركتك الدراسي ؟ 1 أحب الدراسة 2 الدراسة تتطلب عمل مكثف 3 الدراسة صعبة 4 غير مهتم بالدراسة  
4 ما هو رأيك في توجيهك الحالي ؟ 1 جيد 2 متوسط 3 ضعيف  
5 عند المراهقة ما هي في نظرك أهم خطر يجب تجنبه ؟ .....

**Echelle d'estime de soi de ROSENBERG**  
**(VERSION ARABE)**

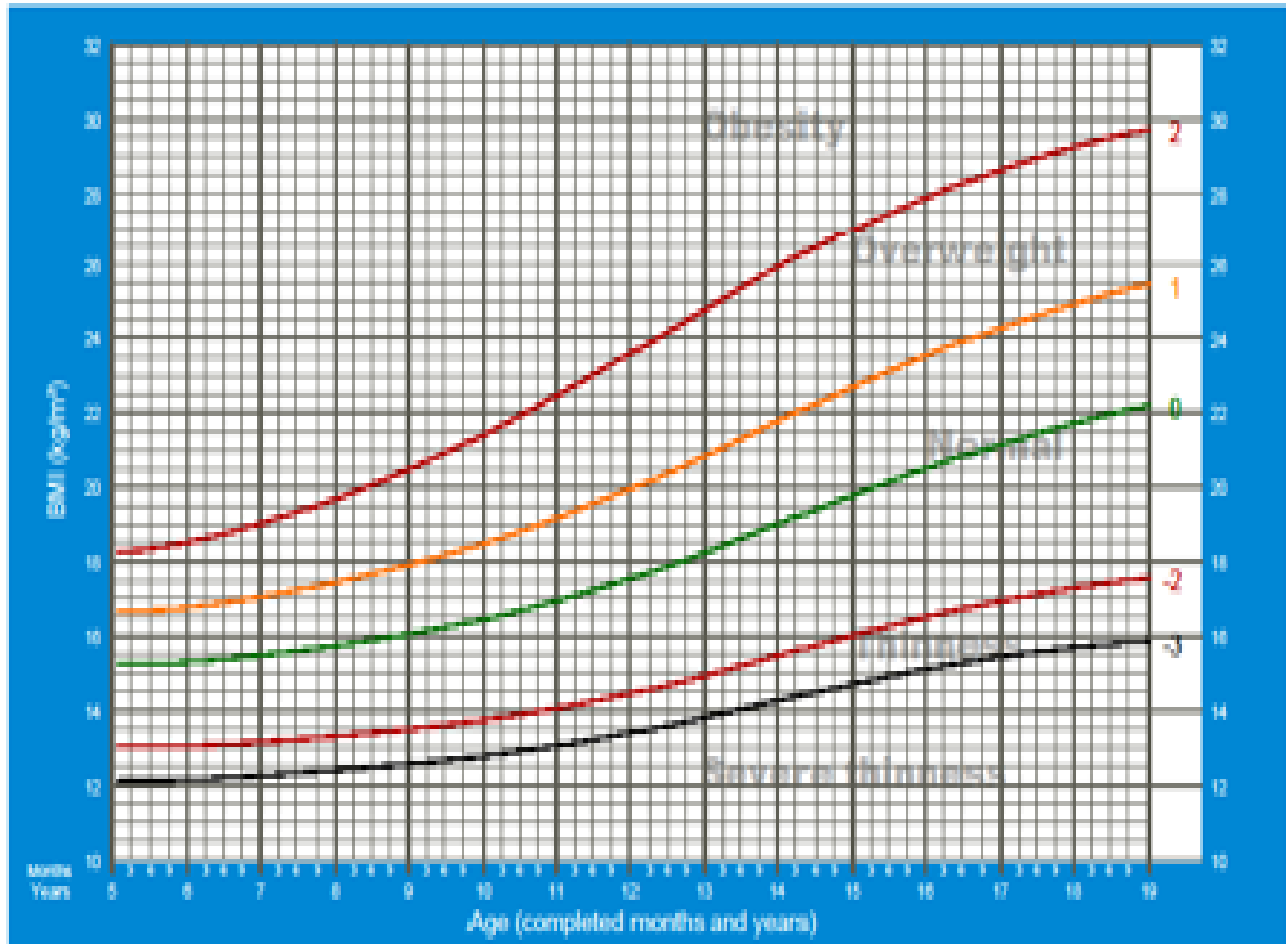
تعليمات : فيما يلي مجموعة من العبارات التي يمكن أن تصف شعور الإنسان نحو نفسه ، اقرأ كل عبارة وقرر إلى أي حد تعد كل منها وصفا لشعورك نحو نفسك ، وذلك بوضع دائرة حول رقم من الأرقام التالية لكل عبارة:

العبارات	لا	قليلاً	متوسط	كثيراً	كثيراً جداً
١- أشعر أنني شخص له قدره وأهميته ، وأني على أقل تقدير أتساوى مع الآخرين .....	١	٢	٣	٤	٥
٢- أشعر أن عندي عدداً من الصفات الحميدة .....	١	٢	٣	٤	٥
٣- بصفة عامة ، أميل إلى أن أشعر بأنني شخص ناجح ...	١	٢	٣	٤	٥
٤- أستطيع القيام بالمهام بطريقة جيدة مثلما يقوم بها معظم الناس الآخرين .....	١	٢	٣	٤	٥
٥- أشعر أن لدي الكثير مما أفخر به .....	١	٢	٣	٤	٥
٦- لدي اتجاه إيجابي نحو نفسي .....	١	٢	٣	٤	٥
٧- أنا راضي عن نفسي بوجه عام .....	١	٢	٣	٤	٥
٨- احترامي لنفسي كبير .....	١	٢	٣	٤	٥
٩- أشعر في كثير من الأحيان أنني شخص مفيد .....	١	٢	٣	٤	٥
١٠- في كثير من الأحيان أرى أنني إنسان طيب وجيد .....	١	٢	٣	٤	٥

# Courbe de croissance. WHO2007

## BMI-for-age BOYS

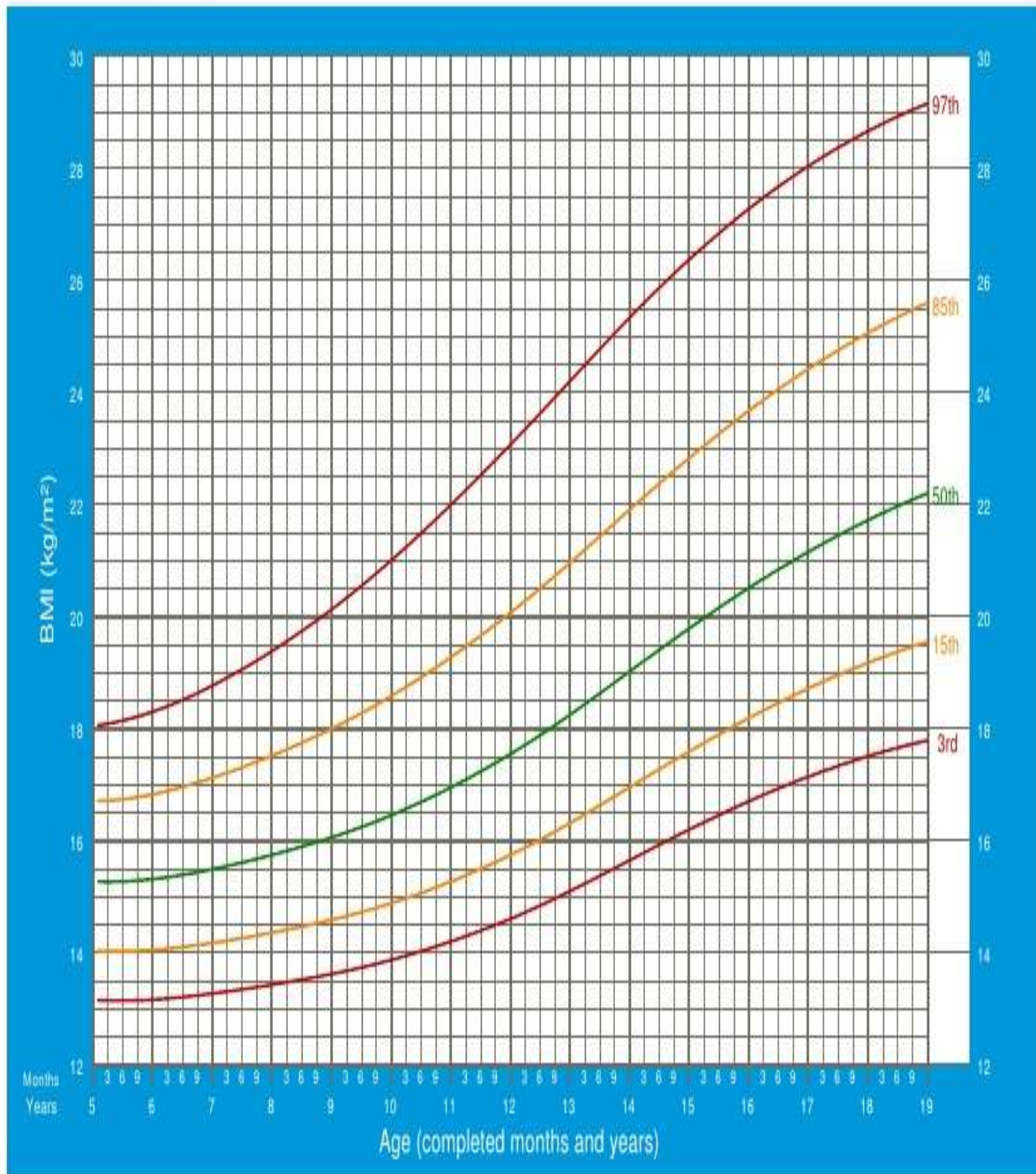
5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

# BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (percentiles)

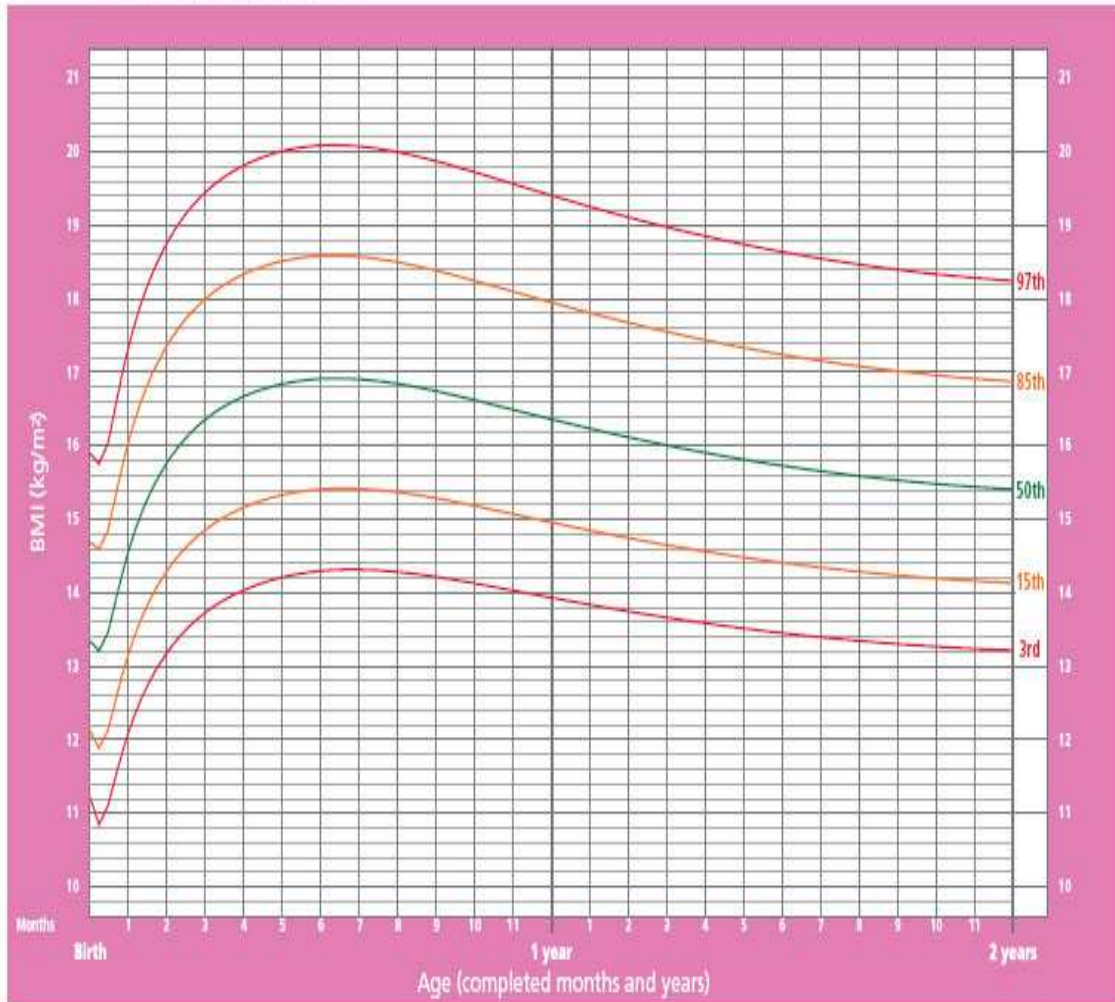


2007 WHO Reference



# BMI-for-age GIRLS

Birth to 2 years (percentiles)



WHO Child Growth Standards

Figure 8. WHO Child Growth Standards: Girls BMI-for-age, birth to 2 years. Reprinted with permission.<sup>34</sup>



# BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

# *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي الأول.
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله.

والله على ما أقول شهيد

جامعة محمد الخامس - الرباط  
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم : 286

سنة: 2017

تقييم نمط الحياة والحالة الصحية لتلامذة السلك الإعدادي

حكومي بمدينة القنيطرة

(حول 1008 حالة)

**أطروحة:**

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرفه

الآنسة: إحسان بجة

المزودة في 1 شتنبر 1990 بالقنيطرة

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية: نمط الحياة , الصحة , الإعدادي , استبيان شخصي , القنيطرة

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

رئيس

السيدة: مدغري علوي أسماء

أستاذة في طب الأطفال

مشرف

السيدة: كبيري مريم

أستاذة في طب الأطفال

السيدة: تهيمو إزغا أمال

أستاذة في طب الأطفال

أعضاء

السيدة: حسني أمال

أستاذة في طب الأطفال