

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 05 octobre 2020 à Poitiers
par Audrey LEVESQUE

Impact du vécu scolaire sur l'état de santé mentale des adolescents de
Poitou-Charentes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GICQUEL Ludovic

Membres :

Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah

Monsieur le Professeur OLLIAC Bertrand

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur ROUX Marie-Thérèse,
Monsieur le Professeur GICQUEL Ludovic

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2020

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 05 octobre 2020 à Poitiers
par Audrey LEVESQUE

Impact du vécu scolaire sur l'état de santé mentale des adolescents de
Poitou-Charentes

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur GICQUEL Ludovic

Membres :

Monsieur le Professeur JAAFARI Nematollah

Monsieur le Professeur OLLIAC Bertrand

Directeurs de thèse :

Madame le Docteur ROUX Marie-Thérèse,
Monsieur le Professeur GICQUEL Ludovic

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie (**absente jusque début mars 2020**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, oncologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- ALLAL Joseph, thérapeutique (08/2020)
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (08/2020)
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Professeur des Universités en Pédopsychiatrie, Praticien Hospitalier, Service de Pédopsychiatrie, Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Vous comptez parmi ce jury, revêt pour moi une importance toute particulière. Je vous remercie également pour votre enseignement dont j'ai eu la chance de bénéficier au cours de ces quatre années d'internat et pour votre accompagnement et votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Professeur des Universités en Psychiatrie, Praticien Hospitalier, Service de Psychiatrie adulte, Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Vous avez coordonné ma formation de psychiatre, je vous suis particulièrement reconnaissante de m'avoir fait découvrir la recherche clinique. Je ferai en sorte que votre dynamisme scientifique m'accompagne tout au long de ma carrière.

Monsieur le Professeur Bertrand Olliac

Professeur des Universités en Pédopsychiatrie, Praticien Hospitalier, Service de Pédopsychiatrie, Centre Hospitalier Esquirol, Limoges

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail de thèse et d'y apporter la qualité de votre réflexion. Recevez ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Marie-Thérèse Roux

Médecin spécialiste en santé publique et médecine sociale, Centre National d'Enseignement à Distance (CNED), Poitiers

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de m'accompagner tout au long de ce travail. Merci pour vos conseils et votre soutien ainsi que pour l'intérêt que vous portez à notre discipline. Soyez assurée de ma gratitude et de mon respect.

Monsieur le Professeur Pierre Ingrand,

Professeur des Universités en Biostatistiques et Informatique médicale, Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Universitaire, Poitiers

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de m'aider dans ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

Je remercie l'ensemble des praticiens hospitaliers et des équipes soignantes avec lesquels j'ai eu la chance de travailler,
Merci pour votre disponibilité et vos précieux enseignements tout au long de mon cursus.

Remerciements personnels

À mon petit frère et à mes parents,
Merci pour votre soutien inconditionnel,

Merci Ptit frère de constamment croire que je peux réaliser l'impossible,
Parce que je me sens toujours plus forte à travers ton regard,
N'oublie jamais à quel point être ta sœur me rend fière,

Merci Mum,
De partager mes doutes pour qu'ils soient tellement moins lourds à porter,
Ton dévouement aux autres et ta persévérance sont pour moi des exemples à suivre, je te promets de tout faire pour être un jour à la hauteur de la femme que tu es,

Merci Papa,
Pour avoir été, avant moi, le premier à croire à tout ça,
Tu m'as appris à donner le meilleur de moi-même et à ne jamais abandonner, ton approbation dans mes choix de vie me sera toujours particulièrement précieux,

À Tiphaine,
Parce qu'on est un peu sœurs toutes les deux.
Merci d'être toujours présente pour m'aider à relativiser,

À mes voisins, à ceux du début et aux nouveaux,
Parce que vous donnez une autre dimension à ce mot. Vous m'avez vu grandir et évoluer,
Merci de votre soutien depuis toutes ces années.

À mes amis, à ceux de toujours, à ceux de médecine et d'ailleurs,
À nos souvenirs et aux prochains, merci pour tous ces bons moments et pour votre présence et votre soutien malgré la distance et le temps qui passe,

À ma famille, mes grands-parents, tous mes cousins, ma marraine, mes oncles et tantes et cette famille plus éloignée de l'ouest de la France qui m'a accueilli si gentiment pendant ces quatre années près de chez vous,
Vous rendre fiers est pour moi un immense honneur,

À la team Vegas, qui s'agrandit toujours plus,
Merci pour ces instants magiques en dehors du temps et de la réalité où rien n'est plus important que de profiter,

À chacun de vous, soyez certains de l'estime que je vous porte et de toute la considération que j'ai pour vous,
Merci pour toutes vos attentions et votre bienveillance à mon égard,

Et à Mamie Ginette,
Parce que je sais que tu étais fière, sache que je n'ai jamais rien lâché.

Sommaire

Liste des enseignants de médecine	3
Remerciements.....	5
Remerciements personnels	7
Liste des tableaux	11
Liste des figures	11
Liste des abréviations	12
Introduction	13
Première partie : L'adolescence et la scolarité	15
I. L'adolescence	15
I.1 Histoire de la place de l'adolescent dans la société	15
I.2 Les changements physiologiques de l'adolescence	17
I.3 Les modifications psychiques de l'adolescence	19
I.4 Le développement cognitif propre à l'adolescence	22
II. La scolarité à l'adolescence	23
II.1 Système scolaire	23
II.1.1 Évolution du système scolaire français	23
II.1.2 Mission de l'École.....	24
II.1.3 Place de la famille dans la scolarité.....	25
II.1.4 Organisation du collège et du lycée	26
II.1.5 Les systèmes scolaires étrangers	28
II.2 Les enjeux de la scolarité pour l'adolescent	29
II.2.1 Les nouveaux enjeux qu'amènent le collège et le lycée	29
II.2.2 Le bien-être des élèves.....	30
II.2.3 Les vulnérabilités de l'adolescent mise en avant par la scolarité.....	32
II.3 Les difficultés de l'adolescent en milieu scolaire	33
II.3.1 Repérages et interventions en milieu scolaire	33
II.3.2 Qu'en est-il, si la prise en charge par le milieu scolaire ne suffit pas ?	34
Partie II : Les difficultés de l'adolescent observables dans le milieu scolaire	35
I. Les difficultés scolaires de l'enfance se poursuivant à l'adolescence	35
I.1 Les troubles neurodéveloppementaux.....	35
I.1.1 Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages	35
I.1.2 Les troubles développementaux de la coordination	37
I.1.3 Le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)	38
I.1.4 Le Handicap intellectuel.....	39
I.1.5 Le Haut Potentiel Intellectuel.....	40
II. Les difficultés scolaires repérables à l'adolescence	41
II.1 Le fléchissement scolaire	41
II.2 L'hyperinvestissement scolaire	41
II.3 L'absentéisme scolaire	42
II.4 Le décrochage scolaire.....	43
II.5 Le refus scolaire anxieux	44
III. Les facteurs pouvant être à l'origine des difficultés scolaires de l'adolescent.....	46
III.1 Les facteurs intrinsèques à l'adolescent	46
III.1.1 Les difficultés de la pensée	46
III.1.2 Les troubles psychiatriques émergents à l'adolescence	47
III.1.3 Le milieu socio-familial.....	52

III.2	Les facteurs liés à l'environnement scolaire	53
III.2.1	Les facteurs liés l'enseignement scolaire	53
III.2.2	Facteurs liés au climat scolaire.....	55
Partie 3 : Étude de l'influence du vécu scolaire sur l'état de santé psychique des adolescents de la région Poitou-Charentes.....		
I.	Contexte.....	57
II.	Choix méthodologique de l'étude.....	57
III.	Objectifs	58
IV.	Matériel et Méthodes.....	58
IV.1	Type d'étude	58
IV.2	Population d'étude	58
IV.2.1	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	58
IV.2.2	Taille de l'échantillon	59
IV.3	Méthode de sondage	59
IV.4	Mode de recueil	59
IV.5	Données recueillies.....	59
IV.5.1	Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012.....	59
IV.5.2	Pour notre recherche	60
IV.6	Analyses statistiques.....	60
IV.6.1	Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012.....	60
IV.6.2	Pour notre recherche	60
IV.7	Validation de la recherche	62
V.	Résultats	62
V.1	Nombre de sujet inclus	62
V.2	Caractéristiques de la population	63
V.2.1	Répartition par sexe	63
V.2.2	Répartition par âge.....	63
V.2.3	Répartition par classe.....	64
V.2.4	Les relations familiales	64
V.2.5	Le vécu scolaire	65
V.2.6	Les symptômes psychiques	65
V.3	Comparaison entre les groupes bon vécu scolaire et mauvais vécu scolaire	68
V.3.1	Vécu scolaire global.....	68
V.3.2	Vécu scolaire selon les différentes variables analysées	68
V.3.3	Symptômes psychiques.....	74
V.3.4	La perception de son corps	77
V.3.5	Les troubles somatiques.....	78
V.3.6	Les plaintes psychosomatiques	78
V.3.7	Les troubles affectifs	78
V.3.8	Le stress lié au travail scolaire.....	78
V.3.9	Les troubles du comportement.....	78
V.3.10	Les troubles de la consommation de produits	78
V.3.11	Les idéations et comportements suicidaires	79
V.4	Corrélations entre les différentes variables évaluant le vécu scolaire global et les symptômes psychiques.....	79
VI.	Discussion	80
VI.1	Comparaison des données à celles de la littérature	80
VI.1.1	A propos du vécu scolaire	80
VI.1.2	A propos des symptômes psychiques	80
VI.2	Synthèse des résultats	82
VI.2.1	Forces de l'étude.....	83
VI.2.2	Limites de l'étude.....	84
VI.3	Analyse des résultats	84
VI.3.1	Satisfaction de la vie.....	85
VI.3.2	Le stress en lien avec le travail scolaire.....	85

VI.3.3	Consommation de substances psychoactives	86
VI.3.4	Troubles du comportement	86
VI.3.5	Plaintes affectives et somatiques.....	87
VI.4	Axes d'amélioration	88
VI.4.1	Les axes d'amélioration à l'école.....	89
VI.4.2	Les axes d'amélioration pour la pédopsychiatrie.....	90
Conclusion.....		92
Bibliographie.....		93
Annexes		100
I.	Annexe 1 : Classification de Tanner des stades de développement pubertaire	100
I.1	Stades de développement pubertaires.....	100
I.1.1	Pilosité pubienne garçons et filles.....	100
I.1.2	Développement mammaire	100
I.1.3	Développement des organes génitaux du garçon.....	100
II.	Annexe 2 : Questionnaire Ados 15 ans Poitou-Charentes	101
I.	Annexe 3: Grille Marcelli et Gervais.....	112
Résumé		114
Abstract.....		115
Serment d'Hippocrate.....		116

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition par sexe selon la qualité des relations familiales et le vécu scolaire global.....	63
Tableau 2 : Répartition des sujets inclus dans les groupes F+ et F-.....	64
Tableau 3 : Répartition des sujets inclus selon la qualité du vécu scolaire.....	65
Tableau 4 : Symptômes évalués dans notre population	65
Tableau 5 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et l'affection pour l'école	69
Tableau 6 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et les résultats scolaires.....	70
Tableau 7 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et les exigences scolaires perçues	71
Tableau 8 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et le sentiment d'être considéré de manière juste par les enseignants	72
Tableau 9 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et le sentiment que les enseignants sont bienveillants/gentils.....	73
Tableau 10 : Symptômes psychiques selon le vécu scolaire global pour le groupe F+	74
Tableau 11 : Symptômes psychiques selon le vécu scolaire global pour le groupe F-	76

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des flux.....	63
Figure 2 : Répartition de l'échantillon par sexe	63
Figure 3 : Répartition de l'échantillon par classe.....	64
Figure 4 : Répartition de la population du groupe F- selon le vécu scolaire global.....	68
Figure 5 : Répartition de la population du groupe F+ selon le vécu scolaire global.....	68
Figure 6 : Répartition de la population du groupe F- selon l'affection pour l'école.....	69
Figure 7 : Répartition de la population du groupe F+ selon l'affection pour l'école.....	69
Figure 8 : Répartition de la population du groupe F- selon les résultats scolaires.....	70
Figure 9 : Répartition de la population du groupe F+ selon les résultats scolaires.....	70
Figure 10 : Répartition de la population du groupe F- selon les exigences scolaires perçues .	71
Figure 11 : Répartition de la population du groupe F+ selon les exigences scolaires perçues	71
Figure 12 : Répartition de la population du groupe F- selon le sentiment d'être considéré de manière juste par les enseignants	72
Figure 13 : Répartition de la population du groupe F+ selon le sentiment d'être considéré de manière juste par les enseignants	72
Figure 14 : Répartition de la population du groupe F- selon le sentiment que les enseignants sont bienveillants/gentils	73
Figure 15 : Répartition de la population du groupe F+ selon le sentiment que les enseignants sont bienveillants/gentils	73

Liste des abréviations

APAD : Assistance Pédagogique À Domicile

AVS: Aide de Vie Scolaire

CNCPH : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

CNESCO : Conseil National d'Évaluation du Système SCOLAIRE

DEPP : Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance

DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire

EREA : Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté

HBSC : Health Behavior in School-Aged Children

IME : Instituts Médico-Éducatif

INPES : Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MDA : Maison Des Adolescents

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement économique

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PAEJ : Point Accueil Écoute Jeunes

PAI : Project d'Accueil Individualisé

PAP : Plan d'Accompagnement Personnalisé

PISA : Programme International de Suivi des Acquis des élèves

PPS : Project Personnalisé de Scolarisation

PSAD : Plates-formes de Suivi et d'Appui aux Décrocheurs

REP : Réseaux d'Éducation prioritaire

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

SIVIS : Système d'Information et de Vigilance sur la Sécurité Scolaire

ULIS : Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund

Introduction

Dans cette période charnière de la vie que constitue l'adolescence, la scolarité joue un rôle crucial. C'est en effet à l'école, au collège puis au lycée que l'adolescent passe la majeure partie de son temps. Non seulement un lieu d'instruction et de préparation à une future vie professionnelle en tant qu'adulte, l'école est également un lieu de socialisation qui permet à l'adolescent de s'éloigner, de se détacher de sa famille et de s'épanouir socialement.

De nos jours, au cœur des préoccupations politiques publiques en matière d'éducation, le bien-être des élèves à l'école fait l'objet de nombreuses enquêtes qui analysent leur qualité de vie perçue et interrogent le climat scolaire. Quelles soient françaises ou internationales, les enquêtes nous confrontent aux inégalités et aux manques d'efficacité de notre système scolaire. Si la force de notre système éducatif français est un accès à l'éducation obligatoire et gratuite jusqu'à 16 ans, cela ne parvient cependant pas à réduire les inégalités entre les milieux socio-économiques. En 2018, l'enquête PISA (1) constatait encore pour la France une corrélation entre niveau socio-économique et performances scolaires nettement supérieure à la moyenne des pays membres de l'OCDE. Les résultats mettaient de plus en avant que les élèves français resentaient moins de soutien de la part des enseignants que la moyenne des élèves des autres pays membres. (2) L'enquête HBSC 2018 (3) (4) observait des résultats similaires quant à la relation enseignants-élèves. Concernant la qualité de vie perçue, la majorité des élèves se déclarait en bonne santé et satisfaits de leur vie. Pour autant, ils étaient nombreux à déclarer des plaintes psychosomatiques, tels que des troubles du sommeil, maux de ventre ou de tête, nervosité ou encore irritabilité. L'importance du stress lié au travail scolaire est également relevée dans plusieurs études (HBSC, PISA, UNICEF). De plus, on note que le stress lié au travail scolaire augmente avec le niveau, de même qu'une chute de l'appréciation de l'école entre la 6^{ème} et la 3^{ème} s'observe. Ces éléments inquiètent d'autant plus que le bien-être des élèves est en lien direct avec les performances scolaires. Il apparaît ainsi vital de nous attacher à comprendre les facteurs qui impactent leur bien-être tout autant que leur réussite scolaire.

Déjà entamé depuis plusieurs années, les mesures du gouvernement dans la lutte contre le décrochage scolaire, ne peuvent se concevoir sans prendre en compte la qualité de vie de ces jeunes à l'école. Les données de la littérature se concentrent principalement sur les liens entre le climat scolaire, les performances scolaires et les niveaux socio-économiques. Les liens entre le vécu scolaire et l'état psychique sont encore une préoccupation récente et peu analysés. Pourtant, cet aspect nous paraît crucial à l'adolescence en raison des nombreux remaniements psychiques qui apparaissent et qui vont se heurter aux différents milieux dans lesquels vit l'adolescent. L'amélioration du climat scolaire ne peut se concevoir sans prendre en compte les symptômes psychiques que l'adolescence amène. Confronté à ces multiples changements, entre transformations pubertaires, réémergence des conflits intrapsychiques, processus de séparation-individuation, nouveaux enjeux identitaires, l'adolescent est plus que jamais vulnérable à l'environnement qui l'entoure. La prise en charge et l'accompagnement des adolescents dans cette période faite d'incertitudes est primordiale à leur bon développement. Ainsi, améliorer le climat scolaire pour permettre à chaque élève, d'y trouver sa place, de s'y sentir bien, doit être au centre des préoccupations de tous ceux qui interviennent auprès de l'adolescent.

Le but de ce travail est de permettre d'identifier d'éventuels déterminants du vécu scolaire associés au bien-être psychique des adolescents pour fournir aux parents, aux personnels éducatifs, les éléments d'appréciation permettant d'interpeler les personnels soignants, infirmières, psychologues, pédopsychiatre au plus tôt pour la mise en place d'un suivi et faciliter cette période charnière de la vie de tout individu.

Pour explorer cette question, dans une première partie nous reviendrons sur le concept d'adolescence, son évolution dans la société et les différentes transformations physiques, psychiques, sociales et cognitives qu'elle amène. Puis nous aborderons l'évolution de notre système scolaire, ses missions tant sur le plan instructif qu'éducatif et les nouveaux enjeux développementaux auxquels il confronte les adolescents.

Dans la deuxième partie, nous nous concentrerons plus spécifiquement sur l'élève et son vécu scolaire. Nous nous intéresserons aux difficultés qu'il rencontre en milieu scolaire, tant sur le plan des apprentissages que des interactions sociales pour mieux comprendre comment cela peut impacter son bien-être psychique. Ainsi une première partie s'attachera aux difficultés scolaires se poursuivant de l'enfance à l'adolescence. Puis, nous développerons les difficultés et troubles qui émergent à l'adolescence. Enfin, nous tenterons d'explorer les différents facteurs pouvant influencer sur les difficultés auxquelles les adolescents se trouvent confrontés.

Notre travail s'attachera ensuite dans la troisième partie à mettre en lumière les différences sur le plan psychique entre les élèves qui décrivent un bon vécu scolaire et ceux qui décrivent un mauvais vécu scolaire. Notre définition du vécu scolaire se détache cependant de celle du climat scolaire ou de la qualité de vie à l'école. Si des associations ont été montrées entre qualité de vie à l'école et bien-être subjectif de l'élève, notre étude s'attachera principalement à mettre en avant d'éventuels liens entre l'état de santé mentale des élèves et leur vécu scolaire ressenti en ce qui concerne l'enseignement et la satisfaction scolaire. Ce lien est encore aujourd'hui peu évalué dans les études nationales ou internationales qui s'intéressent au bien être des élèves à l'école. On peut ainsi se demander si un bon vécu scolaire est une des conditions à un bon état de santé mentale ou si un bon état de santé mentale est source d'un bon vécu scolaire ou encore si état de santé mentale et vécu scolaire entretiennent une relation imbriquée et complexe ou bien s'il n'y a pas de lien entre ces deux éléments.

Il s'agit également dans ce travail de voir l'élève autrement qu'uniquement à travers le prisme de ces performances académiques. Si sa réussite scolaire est primordiale pour qu'il ait toutes les chances de réussir professionnellement, son bien-être psychique ne doit pas être négligé sous peine d'entraver ses possibilités à s'épanouir aussi bien socialement que dans sa vie personnelle.

Première partie : L'adolescence et la scolarité

I. L'adolescence

Si l'enfance et l'âge adulte sont depuis toujours des périodes de la vie d'un sujet, bien repérées, la notion d'adolescence quant à elle a bien évolué au fil des époques. Sa définition n'a cessé de se modifier. Elle a ainsi été caractérisée comme une simple phase de latence par certains auteurs, comme un passage vers l'âge adulte pouvant se confondre dans l'enfance par d'autres ou bien encore comme une période de transition donnant lieu à des rites d'initiation. De nos jours, l'adolescence s'inscrit comme une véritable période de la vie de chacun permettant l'individuation et l'acquisition de sa personnalité.

Dans l'Antiquité, elle est définie par les Romains comme « l'Adulescentia » qui signifie croissance. Elle ne concerne que les jeunes garçons et débute à l'âge de 15 ans pour prendre fin vers 30 ans. Le terme d'adolescence disparaît par la suite jusqu'au XIX^{ème} siècle, les individus étant uniquement désignés en enfant ou adulte, dès lors qu'apparaissent les signes pubertaires.

Définie, actuellement, comme la période de croissance et de développement humain entre les âges de 10 et 19 ans par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on constate que selon les cultures, les différents niveaux socio-économiques ou socioculturels ou les aspects juridiques la durée de cette phase est plus ou moins longue. En effet, si tout le monde s'accorde pour situer le début de l'adolescence au début de la puberté, la fin de l'adolescence quant à elle, semble survenir de plus en plus tard dans nos sociétés occidentales. Les dernières études la situent vers l'âge de 25 ans, période à laquelle arrive la fin des études permettant aux jeunes d'entrer dans la vie professionnelle et ainsi de démarrer leur vie d'adulte.

L'adolescence est une période de grande vulnérabilité durant laquelle l'adolescent est confronté à des bouleversements à la fois psychiques, physiques, biologiques ou encore sociologiques. C'est un long processus de transition dont l'objectif est d'aboutir à la constitution d'un individu adulte autonome. De nombreuses modifications psychiques, physiques et sociales vont s'opérer et rendre l'adolescent particulièrement vulnérable au monde qui l'entoure. Ainsi, l'environnement et l'entourage qui vont accompagner le jeune à cette période sont primordiaux pour lui permettre de se développer et de s'épanouir sereinement. (5)

Dans ce premier chapitre, nous nous attacherons d'abord à retracer l'histoire de la place de l'adolescent dans notre société. Puis, nous aborderons les différents modèles élaborés au fil du temps pour essayer de comprendre au mieux cette période charnière de la vie de tous et de prendre la mesure des innombrables transformations qu'elle entraîne. Ainsi, on s'intéressera aux modifications physiologiques qu'entraîne la puberté, avant d'aborder les transformations psychiques. Enfin, la dernière partie sera consacrée au développement cognitif.

I.1 Histoire de la place de l'adolescent dans la société

Son origine étymologique nous vient du latin « adolescere » ou « adulescere » qui signifie croître, grandir. Ce terme se décline « adolescens » (en croissance) au participe présent et « adultus » (qui a cessé de grandir) au participe passé. Cela semble nous annoncer l'importance et la place de l'adolescence dans la vie d'un individu. Cette phase serait nécessaire au passage

de l'état d'enfant, un être encore en construction, à l'adulte, individu dont la croissance est achevée.

En réalité si ce terme est utilisé dans la Rome antique, il ne semble pas désigner la population adolescente qui caractérise nos sociétés actuellement. Son mode d'entrée n'est, à cette période, pas corrélé à l'entrée dans la puberté. En effet, l'adolescence a un rôle tout à fait différent à cette époque. Cette notion désigne uniquement les hommes entre l'âge de 17 et 30 ans. Les garçons deviennent à cette époque « adulescens » sur décision du père ou du tuteur à la fin de leur puberté. 17 ans étant l'âge de la citoyenneté, les jeunes romains deviennent alors officiellement citoyens au cours de grandes cérémonies marquées par des rites initiatiques. Pour les filles, en revanche, c'est le mariage qui marque la fin de l'enfance et du « contrôle » par le père. Ces dernières deviennent directement « uxor », (épouse) sans avoir été « adulescens ».

À Athènes c'est à 18 ans que se situe la majorité, âge auquel le jeune homme devient alors "éphèbe" pour une durée de deux ans. Pour la fille, tout comme dans la Rome antique c'est son nouveau statut d'épouse qui lui fera quitter le monde de l'enfance.

La fin de l'Antiquité voit ensuite le terme adolescence disparaître.

Au moyen-âge, les enfants passent directement à l'âge adulte lorsqu'ils entrent dans la vie professionnelle, parfois même avant d'avoir atteint l'âge de la puberté. L'apprentissage est à cette époque la porte d'entrée dans le monde des adultes.

C'est la scolarisation progressive qui, en maintenant plus longtemps cette jeunesse dans la dépendance des parents et en retardant leur entrée dans la vie professionnelle, crée pour Philippe Ariès l'adolescence en tant que classe d'âge. (6)

Au cours du XIX siècle, la scolarité se généralise ainsi à toutes les classes d'âge dans la société bourgeoise. On voit, ainsi, se démarquer entre les enfants et les adultes une génération qui auparavant se confondait avec l'enfance. D'abord essentiellement masculine et bourgeoise, les adolescents sont perçus de façon très négative par la société, suscitant la méfiance. L'adolescence représente à la fois une crise sexuelle, sociale et morale nécessitant d'être durement encadrée par les adultes sous couvert d'une pédagogie autoritaire et disciplinaire visant à éviter toute forme de révolte. C'est l'ouverture de la scolarité aux filles et aux classes ouvrières dans les années 1890, concomitante à une approche plus psychologique de l'adolescence qui permettra de revaloriser cette jeunesse riche en potentialités entre curiosité croissante, éveil intellectuel et affirmation du moi. L'adolescence acquiert ainsi un caractère universel et s'impose comme une véritable classe d'âge entre 12 et 19 ans au même titre que l'enfance et l'âge adulte. Nouvel enjeu d'intérêt et de lutte pour l'État et l'Église dans le contexte des conflits idéologiques de la IIIème République, l'éducation scolaire va se transformer, se voulant plus adaptée aux besoins particuliers de l'adolescent. (7)

Cette nouvelle approche contemporaine de l'adolescence est toujours valable de nos jours même si les limites d'âge de début et surtout de la fin de l'adolescence continuent de faire l'objet de nombreuses discussions. Ainsi, on parle aujourd'hui de pré-adolescence dès l'âge de 10 ans avec une puberté qui survient dans nos pays occidentaux de plus en plus précocement. Les derniers apports aussi bien sociologiques que physiologiques situent la fin de l'adolescence vers l'âge de 25 ans, moment qui signerait la fin des remaniements cérébraux propres à cette période et le nouvel âge d'entrée dans la vie professionnelle de ces tous jeunes adultes.

Longtemps ignorée, cette génération ne cesse de questionner le monde dans lequel elle interagit. En remettant en question ces valeurs et ces modes de vie dans l'objectif d'y trouver sa place une fois l'âge adulte atteint, elle est probablement de nos jours, la plus représentative d'une société.

D'un point de vue sociologique, l'adolescence est à la fois une période d'insertion sociale vers l'âge adulte et également un groupe social bien différencié avec des caractéristiques socio-culturelles qui lui sont propres. Différente selon les époques, les cultures, les milieux sociaux, l'adolescence n'est pas un phénomène universel et ses caractéristiques reflètent la complexité de la société considérée.

Selon la culture, la façon dont l'adolescent intègre la vie adulte diffère. Ainsi dans les cultures traditionnelles on retrouve de multiples rites de passage propres à chaque ethnie et bien éloignés de l'expression que prend l'adolescence dans nos sociétés occidentales. Au sein même de notre société et au gré de ses modifications la définition de l'adolescence s'est modifiée particulièrement sur sa durée et son expression. Nous constatons aujourd'hui un allongement de l'adolescence et l'apparition aux limites de cette période de deux nouvelles phases que sont la pré adolescence et la post adolescence. L'augmentation de la durée de la scolarité obligatoire, l'augmentation du nombre de jeunes réalisant des études supérieures ou encore la difficulté à trouver un travail allongent le temps de dépendance financière de cette génération à leurs parents et retardent d'autant son entrée dans la vie sociale et professionnelle adulte. On constate ainsi que l'écart entre les générations adolescentes et adultes semblent s'amenuiser progressivement avec cet allongement de l'adolescence. (8)

I.2 Les changements physiologiques de l'adolescence

Sur le plan physiologique, l'adolescence se caractérise par de nombreuses modifications tant sur le plan biologique, au niveau neuro-hormonal notamment, que clinique avec ses transformations corporelles et génitales. Définie entre les âges de 12 à 18 ans chez le garçon et de 9 à 16 ans chez la fille, la puberté va considérablement modifier le corps de l'adolescent au cours de ces années.

La maturation pubertaire est soumise à l'action de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique qui va entraîner une accélération de la vitesse de croissance et permettre le développement des caractères sexuels pour donner au corps sa fonction reproductrice. Plusieurs outils nous permettent d'évaluer la maturation pubertaire parmi lesquels l'échelle de Tanner, les mesures de la taille de l'adolescent ou encore la détermination de l'âge osseux à l'aide d'atlas radiologiques. Le plus utilisé est celui de Greulich et Pyle qui se base sur la radiographie du poignet et de la main gauche. L'apparition de l'os sésamoïde du pouce est en général concomitante au début de la puberté et correspond à un âge de 11 ans chez la fille et de 13 ans chez le garçon.

Le déclenchement de la puberté est dépendant à la fois de facteurs neuro-hormonaux mais également de facteurs environnementaux. Ainsi on constate par exemple que la moyenne d'âge pour la ménarche chez les jeunes filles est passée de 17 à 13 ans entre le XIX^{ème} siècle et aujourd'hui dans nos sociétés occidentales. On retrouve également une puberté plus précoce en Afrique. Les facteurs génétiques semblent aussi avoir une influence tout comme l'état de santé général, les facteurs nutritionnels (puberté plus précoce en cas d'obésité) ou environnementaux (perturbateurs endocriniens, phyto-estrogènes, soja). (9) (10) (11)

Si le processus de la maturation sexuelle débute dès la vie embryonnaire par la différenciation des gonades, s'en suit une longue phase de quiescence pendant l'enfance. La puberté marque la réactivation de la fonction gonadotrope grâce aux sécrétions des hormones neuroendocriniennes et endocriniennes. C'est l'augmentation de l'activité hormonale hypothalamo-hypophysaire, responsable d'une production massive des stéroïdes sexuels par les gonades qui va entraîner les modifications physiques propres à la puberté.

L'hypothalamus est l'initiateur de cette réactivation. Les neurones de l'hypothalamus médio-basal sécrètent de manière pulsatile la GnRH (Gonadotropin-Releasing Hormone, ou LH-RH, Luteinizing Hormone-Releasing Hormone). A la puberté, la pulsativité et l'amplitude des pics de GnRH augmentent très nettement. Cette neurohormone vient ensuite se fixer au niveau des récepteurs des cellules gonadotropes hypophysaires déclenchant ainsi la sécrétion de LH (Luteinizing Hormone) et de FSH (Follicle Stimulating Hormone). Ces hormones ensuite libérées dans la circulation générale vont se fixer à leurs récepteurs dans les testicules ou dans l'ovaire. Chez le garçon, La LH se fixe au niveau des cellules de Leydig pour produire la testostérone et sous l'action de la FSH les cellules de Sertoli stimulent la production des spermatozoïdes. Chez la fille, la LH et la FSH stimulent de manière cyclique la production d'un ovocyte et la sécrétion d'œstrogènes et de progestérone.

Les hormones sexuelles ainsi sécrétées exercent ensuite un rétrocontrôle permettant de moduler l'action du complexe hypothalamo-hypophysaire. Chez l'homme, la testostérone exerce un rétrocontrôle négatif sur l'axe hypothalamo-hypophysaire alors que chez la femme on retrouve une alternance entre rétrocontrôle positif et rétrocontrôle négatif selon la phase du cycle ovarien considéré. (9) (10)

Sous l'action de ces différents remaniements hormonaux, les caractères sexuels vont se développer chez l'adolescent. Si l'âge de début des modifications pubertaires varie d'un individu à l'autre, une fois initiés, la maturation des organes génitaux et le développement des caractères sexuels secondaires suivent une séquence chronologique bien établie. La classification de Tanner qui définit cinq stades développementaux sert de référence. L'échelle de Tanner a été créée en 1962 par James Mourilyan Tanner, un pédiatre britannique. Elle définit cinq stades de maturation chez le garçon comme chez la fille et évalue la pilosité pubienne et le développement des caractères sexuels (testicules et pénis chez le garçon, développement des seins chez la fille). (Voir Annexe 1)

Chez la fille, la maturation pubertaire débute par le développement des glandes mammaires qui se produit à partir de 10-11 ans en moyenne, c'est la thélarche. Environ six mois après la poussée mammaire, la pilosité de la région pubienne (pubarche) apparaît pour prendre en deux à trois ans un aspect adulte typique, triangulaire. En moyenne douze à dix-huit mois plus tard la pilosité axillaire se développe à son tour et évolue sur deux à trois ans. La vulve va en parallèle se modifier pour passer d'une position verticale à une position horizontale et devenir sécrétante avec l'apparition des premières leucorrhées. Les organes génitaux externes se modifient également, les petites lèvres vont s'hypertrophier, les grandes lèvres s'accroître et le clitoris va augmenter de volume. Les premières ménarches vont apparaître en moyenne deux ans après l'apparition des premiers signes pubertaires, en général autour de l'âge de 13 ans. Le démarrage de la croissance pubertaire sera synchrone aux premiers signes pubertaires avec en moyenne un gain statural de 25 cm durant cette période.

Chez le garçon la première manifestation de la puberté est l'augmentation du volume testiculaire vers 12-13 ans. La pilosité pubienne apparaît quelques mois ensuite et évolue entre deux et trois ans puis la pilosité axillaire sera plus tardive, environ 12 à 18 mois après l'augmentation testiculaire. Encore plus tardivement apparaîtront la pilosité faciale, corporelle et la modification de la voix avec le développement du cartilage thyroïdien. L'augmentation de la verge commence elle, environ 1 an après celle des testicules. L'apparition d'une gynécomastie est fréquente et régressera en quelques mois dans la majorité des cas.

Contrairement à chez la fille, le démarrage de la croissance pubertaire est plus tardif et apparaît environ un an après le début des modifications pubertaires. La vitesse de croissance passe de 5cm/an pendant l'enfance à 10cm/an à l'adolescence avec en moyenne une prise de 28cm au cours de cette période. (9) (10)

On constate ainsi la place centrale qu'occupent le corps et ses modifications au cours de l'adolescence. Le passage d'un corps d'enfant à un corps d'adulte et l'accès à la sexualité génitale que la puberté impliquent doivent être psychologiquement élaborés par les adolescents. En effet, ils questionnent, là, de fait leur identité sexuelle mais également le réaménagement de leurs relations aux pairs ou aux parents. (8)

I.3 Les modifications psychiques de l'adolescence

Le travail psychique à l'adolescence est complexe. Il est soumis à la fois à des contraintes internes imposées par les modifications corporelles et à l'accès à la fonction reproductrice, ainsi qu'à des contraintes externes que sont les exigences sociétales qui diffèrent de celles du monde de l'enfance que l'adolescent a connu jusque-là. (8) (10)

L'approche psychanalytique de l'adolescence divise cette période riche en changements en plusieurs étapes. P. Blos développe dans « Les adolescents, essai de psychanalyse » les étapes intermédiaires du développement de l'adolescence en reprenant certains concepts propres à Margaret Mahler. (12) Il décrit les sous-phases suivantes : La pré adolescence qui débute dès les premiers signes pubertaires est caractérisée par l'augmentation de la pression pulsionnelle. Puis la première adolescence voit l'adolescent se distancer de ses parents pour trouver refuge dans son groupe de pairs, il s'agit là de ce qu'on peut considérer comme la seconde phase du processus séparation-individuation. L'appartenance au groupe est particulièrement recherchée. Plus tard, lors de l'adolescence proprement dite le réveil du complexe d'Œdipe amène l'adolescent à ses premières relations amoureuses. L'adolescence tardive s'établit par la consolidation identitaire et enfin la post adolescence voit le sujet affirmer ses idéaux, ses valeurs et son caractère dans le monde des adultes.

Les écrits de Freud, qui publie en 1905 les "Trois essais sur la théorie sexuelle", sont les premiers à s'intéresser aux bouleversements psychologiques qui accompagnent la puberté. (13) Les modifications de la psyché de l'adolescent ont été questionnées par la suite de nombreux psychologues et psychanalystes qui ont tenté de répondre aux problématiques corporelles que génèrent l'accession à la sexualité mais également aux questionnements identitaires de l'adolescent avec l'évolution de ses images, de son idéal du Moi, de ses mécanismes de défenses ou encore de son narcissisme.

Période de poussée libidinale avec réactivation des conflits œdipiens, pour Freud l'aboutissement de la puberté repose sur la tolérance ou l'intolérance du Moi à l'encontre de ces pulsions. Ces pulsions sexuelles mais aussi agressives contraignent l'adolescent à extérioriser la montée

de tension interne qui les accompagnent. Pour se faire l'adolescent élabore de nouveaux mécanismes de défenses psychiques à l'origine de modifications comportementales auto et hétéro-agressives particulièrement mises en avant dans cette période adolescente.

En 1991, B. Gutton théorise le "pubertaire", corolaire à la psyché de ce que la puberté est au corps. (14) Il est défini comme la pression exercée par les conséquences physiologiques de la puberté sur les instances psychiques que sont le Moi, le Surmoi et le Ca. Cette pression de l'avènement de la sexualité vient se heurter à la barrière de l'inceste héritée de l'élaboration du développement œdipien. Avec l'accessibilité à la fonction reproductrice l'adolescent acquiert les moyens physiques de ses fantasmes infantiles. La menace d'un inceste maintenant réalisable n'en est que plus menaçante et oblige l'adolescent à s'en défendre en rejetant ses parents, pour investir davantage les objets extérieurs au cercle familial. Les mouvements de rejets peuvent conduire l'adolescent à une forte agressivité prenant l'allure de comportements à risque ou d'actes violents. Les déplacements identificatoires, les sublimations, les transferts mis en place par l'adolescent vont permettre à l'excitation libidinale de trouver d'autres objets de satisfaction notamment à travers l'investissement intellectuel et la socialisation. (15) Le sujet renonce ainsi définitivement à posséder l'objet libidinal, c'est le déclin du complexe d'Œdipe.

Soumis rapidement à une modification de son corps, l'adolescent doit s'approprier ce nouveau corps sexué. (16)

Il ne peut constater qu'avec passivité les changements corporels qu'il ne maîtrise pas avec l'émergence d'un sexe spécifique et imposé. Le développement de l'identité sexuée représente également pour le sujet le constat de l'incomplétude du génital, ce qui le contraint à renoncer à la bisexualité fantasmée issue du sentiment de toute puissance infantile. L'acceptation de ce nouveau corps passe ainsi par le deuil de ce corps d'enfant pour accepter les transformations physiques qui s'imposent à lui sans qu'il ne puisse exprimer ses préférences. Cette passivité renvoie indéniablement l'adolescent à son vécu de dépendance antérieure et le corps est vécu comme une résurgence des conflits infantiles. Philippe Jeammet souligne le travail nécessaire de familiarisation à ce nouveau corps pour l'adolescent sous risque que le vécu d'étrangeté de son propre corps ne prenne une allure persécutrice. L'attention qu'il y porte se modifie, entre narcissisme et sensation d'étrangeté, le corps et sa mise en valeur deviennent également un moyen d'expression symbolique de son identité. (17) L'adolescent doit faire sien le monde interne, il doit assimiler les effets de ses changements corporels. (18)

Plusieurs auteurs établissent un parallèle entre les états de deuil et les réactions des adolescents face aux pertes auxquelles cette période les confronte. (10) P. Blos compare ainsi l'adolescence à la petite enfance en voyant en cette période la deuxième phase du processus de séparation-individuation. (12) L'adolescent doit se détacher de "l'objet primitif" que représente la sécurité maternelle pour investir les objets extra-familiaux. Le processus de séparation-individuation constitue à la fois le deuil de l'enfance et des parents idéaux et la recherche de nouvelles sources d'identifications extérieures à la famille. C'est ensuite la perte de l'objet œdipien qui permet à l'adolescent de se détacher de l'emprise parentale en vue d'acquérir son indépendance. Véritable travail de deuil pour l'adolescent qui doit accepter la perte nécessaire des objets infantiles pour parvenir au détachement de l'autorité parentale. (19)

Pour D.W Winnicott, l'adolescence réactive les fantasmes infantiles qui viennent prendre après la puberté un caractère traumatique. "Si dans le fantasme de la première croissance il y a la mort, dans celui de l'adolescence il y a le meurtre". (20) Les modifications pubertaires font effraction, avec pour l'adolescent confronté à la transformation brutale de son corps et à l'accroissement pulsionnel, un risque de débordement des capacités du Moi. Pour lui permettre de

s'adapter aux transformations corporelles qu'il subit, des remaniements psychiques avec le développement de nouveaux mécanismes de défense vont se mettre en place.

Ces manifestations défensives contre le lien à l'objet infantile et contre les pulsions prennent plusieurs aspects. Si certains se retrouvent tout au long de la vie comme le refoulement, le déplacement ou l'isolation, d'autres systèmes défensifs sont plus spécifiques de l'adolescence. (10)

On retrouve l'intellectualisation qui consiste à contrôler ses pulsions au niveau de la pensée. L'adolescent se prend ainsi d'intérêt pour les théories philosophiques ou politiques auxquelles il peut adhérer de façon très forte pour éviter la confrontation à ses propres pulsions. L'ascétisme est un mécanisme de défense assez similaire où le contrôle pour maîtriser les pulsions concerne cette fois le corps et le refus de tout ressenti corporel satisfaisant.

Le clivage et les mécanismes archaïques associés tels que l'identification projective, l'idéalisation primitive, la projection persécutive sont également observés à l'adolescence. Ils caractérisent les brusques passages d'un extrême à un autre, d'une opinion à une autre, d'un idéal à un autre fréquemment retrouvés chez cette génération.

Enfin, la mise en acte se caractérise par les conduites d'agir de l'adolescent et vise à protéger l'adolescent de la souffrance psychique et des conflits internes.

Le travail psychique à l'adolescence se concentre aussi sur le développement de la personnalité. L'enjeu pour l'adolescent est de se détacher de la pensée parentale en vue d'acquiescer son autonomie psychique. On observe une réduction des investissements objectaux de l'enfance au profit des investissements narcissiques. Pour permettre l'établissement du narcissisme adulte, l'adolescent doit se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt, de respect et d'estime. Des difficultés narcissiques peuvent notamment se traduire par les maltraitances que certains adolescents infligent à leur corps. (10) (19)

En parallèle, l'idéal du Moi se met en place. E. Kestenberg décrit la recherche de l'idéal du Moi de l'adolescent comme la recherche d'une image satisfaisante de lui-même capable de lui apporter un soutien narcissique. (15) P. Blos considère l'idéal du Moi comme l'héritier de l'adolescence au même titre que le Surmoi est l'héritier du complexe d'Œdipe. L'idéal du Moi est considéré comme l'association de l'idéalisation des parents par l'enfant, de l'idéalisation de l'enfant par les parents et de l'idéalisation de soi par l'enfant. L'idéal du Moi contribue à la formation de l'identité et à sa stabilité afin de préserver l'équilibre narcissique. M. Lauffer décrit trois tâches nécessaires au maintien de l'équilibre narcissique qui est perdu à l'adolescence en raison de la perte de l'idéalisation des parents par l'enfant, puis de l'idéalisation de l'enfant par les parents. (21) Il s'agit pour l'idéal du Moi d'aider le sujet à modifier les relations internes avec les objets primaires, d'aider à contrôler la régression du Moi et de favoriser l'adaptation sociale.

L'adolescence interroge en effet fortement le lien social. Le groupe de pairs apparaît à cette période comme relais d'identification et de gratification narcissique. L'adolescent fait ainsi le deuil des identifications infantiles pour trouver à travers le monde extérieur et ses pairs de nouvelles sources d'identification qui le mettent à distance de la menace incestueuse. Il s'émancipe par ce biais de la dépendance infantile aux parents pour obéir à son désir propre et développer son sentiment d'identité.

I.4 Le développement cognitif propre à l'adolescence

Le développement cognitif de l'adolescence fait référence aux changements qualitatifs de la pensée de l'adolescent et aux changements quantitatifs de son intelligence. J. Piaget dans ses travaux sur le développement intellectuel et cognitif, décrit l'apparition vers 12-13 ans de l'intelligence opératoire formelle. Il s'agit de la capacité à raisonner par hypothèse, de parvenir à envisager l'ensemble des cas possibles et de considérer le réel/l'actuel comme une réalisation parmi d'autres possibilités. L'adolescent accède ainsi au symbolique.

Pour Piaget le développement cognitif s'effectue selon quatre stades :

- le stade sensorimoteur de la naissance à l'âge de deux ans,
- le stade pré-opérationnel de 2 à 5 ans caractérisé par la pensée symbolique et entre 5 et 7 ans par la pensée intuitive,
- le stade opérationnel concret de 7 à 11 ans où l'enfant abandonne le raisonnement intuitif,
- puis le stade opératoire formel où l'adolescent accède à la capacité de raisonner de façon inductive et déductive. (22)

Le passage de la pensée opératoire à la pensée abstraite ou hypothético-déductive constitue pour l'adolescent un changement dans son rapport au savoir et dans son investissement de la vie psychique. La pensée formelle avec des logiques combinatoires ne sera pleinement effective que vers l'âge de 17-18 ans.

Les difficultés pour l'adolescent d'accéder à la pensée formelle peuvent se traduire par des difficultés sur le plan scolaire et des difficultés à penser à type d'inhibition, d'évitement ou par le ressenti de doute envahissant. Cette nouvelle autonomie à penser sollicite donc considérablement les assises narcissiques de l'adolescent qui apprend à se détacher du point de vue rassurant des adultes pour parvenir à raisonner par lui-même. (23)

Cliniquement, l'Échelle de Pensée logique permet de situer à quel stade cognitif appartient l'adolescent en évaluant une partie du stade opératoire concret et l'ensemble du stade opératoire formel.

En s'appuyant sur cette idée de pensée abstraite, J-P. Guilford qui s'est également intéressé au développement de l'intelligence, amène en 1950 les concepts de pensée divergente et de pensée convergente. (24) A l'origine de la créativité, la pensée divergente exploratoire se base sur un mode intuitif et se caractérise par la capacité à rechercher des solutions à un problème de manière pluridirectionnelle. A l'opposé, la pensée convergente intégrative se fonde sur un mode rationnel et consiste à canaliser la pensée pour aboutir à une seule idée.

Le raisonnement social se développe également durant l'adolescence. Cet apprentissage social est essentiel à la compréhension des relations interpersonnelles en développant la compréhension de la réciprocité et de la mutualité dans les échanges sociaux et affectifs. A l'adolescence le sujet est en capacité de recevoir de la sécurité de la part d'une figure d'attachement mais il est maintenant aussi en capacité de donner à autrui soutien et attention. Cela s'observe dans les relations aux pairs et dans la relation amoureuse notamment. Les modèles d'attachement sont donc également particulièrement impliqués dans les nouveaux investissements affectifs de l'adolescent. (10)

Période privilégiée des apprentissages culturels et sociaux, ces nouvelles capacités intellectuelles permettent à l'adolescent de développer ses habilités à se comprendre, à comprendre les autres et à affirmer son identité et ses valeurs morales.

II. La scolarité à l'adolescence

II.1 Système scolaire

II.1.1 Évolution du système scolaire français

L'école en France est une véritable institution et l'Éducation Nationale constitue l'un des premiers budgets auquel se consacre l'État Français. Pour rappel, en 2019 c'est quasiment 52 milliards d'euros qui lui ont été alloués. (25) Avec un budget de plus en plus conséquent et des objectifs de réussite scolaire, d'intégration sociale ou encore de lutte contre les inégalités bien affichés, l'école française ne cesse de se réformer années après années au gré des évolutions sociétales, politiques ou des avancées scientifiques.

Longtemps sous le contrôle religieux, l'État, à la Révolution Française, décide de réformer l'éducation pour la rendre laïque et gratuite. Les instituteurs viennent remplacer le clerc paroissial, qui faisait office de maître d'école, et le ministère de l'instruction publique est créé en 1792. Cela ne dure cependant que peu de temps car Napoléon Bonaparte décide, à son arrivée au pouvoir, de rétablir les écoles religieuses suivant les principes de l'Église catholique. Par la suite, c'est la loi Guizot du 28 juin 1833 qui marque un tournant pour le système scolaire français. Elle permet la liberté de l'enseignement primaire, qui n'est donc plus réservé à l'Église, et oblige toutes les communes de plus de 500 habitants à disposer d'une école primaire. D'abord réservées aux garçons, les dispositions de cette loi s'étendront partiellement aux filles par l'ordonnance du 23 juin 1836 et c'est la loi Duruy en 1867 qui imposera la création d'une école pour filles dans toutes les communes de plus de 500 habitants. Il faudra malgré tout attendre 1882 et les lois Ferry pour que l'instruction devienne obligatoire pour tous les enfants de 6 à 13 ans d'abord puis jusqu'à 14 ans en 1936. (26) Si les lois Ferry sont également à l'origine de l'instauration de l'école gratuite et laïque, ces valeurs seront cependant rapidement remises en cause sous le régime de Vichy. L'après-guerre voit l'école profondément se transformer, elle devient obligatoire jusqu'à 16 ans à partir de 1959 puis mixte à partir de 1962 et son nombre d'élèves ne cesse de croître. Au niveau pédagogique, les sciences de l'éducation et les revendications de l'après mai 1968 viennent questionner la place de l'élève et de son épanouissement dans le système éducatif français. La loi Haby de 1975 place l'enfant au centre du projet pédagogique et des pédagogies nouvelles comme les méthodes Freinet ou Montessori voient le jour. Par ailleurs, dans l'objectif de donner les mêmes chances de réussite à chacun, le collège devient également unique. Pour lutter contre la disparité entre élèves, la loi Jospin en 1989 organise la scolarité en cycles et permet ainsi à l'élève de développer ses compétences à son rythme. Plus tard, en 2005 la loi Fillon tente également de limiter les inégalités en prônant la réussite pour tous avec une accessibilité à un diplôme ou à une qualification reconnue au terme de la scolarité de chaque élève.

Pourtant, malgré les réformes successives des différents gouvernements au pouvoir, force est de constater que la réussite scolaire reste, dans notre pays, encore trop fortement corrélée à la

hiérarchie sociale. Les inégalités persistent et l'école ne parvient pas à jouer son rôle d'ascenseur social.

Dans les dernières réformes dans cette lutte on peut notamment noter l'obligation scolaire à partir de l'âge de 3 ans depuis la rentrée de septembre 2019.

II.1.2 Mission de l'École

L'école française se donne pour mission de permettre une ouverture sur le monde pour tous les enfants et vise à leur offrir les mêmes chances de réussite quel que soit le milieu dont ils sont issus. Ses rôles sont à la fois d'instruire, de socialiser et de qualifier les élèves. Elle développe ainsi leurs compétences pour leur permettre d'acquérir des savoirs et des savoir-faire qui constitueront des outils précieux pour leur vie future. (27)

D'abord définie comme un lieu d'instruction, elle devient un lieu d'éducation en 1932 sous le gouvernement Herriot qui rebaptise l'Instruction publique en Éducation Nationale. Si comme la laïcité et la gratuité de l'école, le terme d'éducation est remis en cause par la politique de Vichy, il sera néanmoins rétabli en 1941 par l'état français. Avec ce changement de nom, la scolarité se dote donc de nouvelles missions qui ne sont plus uniquement restreintes à l'enseignement de connaissances théoriques. L'école doit maintenant permettre à l'enfant de développer ses qualités à la fois intellectuelles, physiques, sociales et morales en lui offrant un lieu de vie bienveillant, source d'épanouissement où il sera amené à passer la majorité de son temps. Ainsi, la scolarité accompagne son développement de la petite enfance à la fin de l'adolescence et plus que l'acquisition de nouvelles compétences, l'école est un lieu où le sujet va développer son autonomie, apprendre à se socialiser au contact de ses pairs mais aussi des adultes de l'établissement qui lui serviront de nouveaux modèles d'identification bien différenciés des parents.

L'évolution économique et sociale de la France influence la prise en charge scolaire de ses élèves et vient continuellement remettre en question le rôle et la place de l'école dans notre société. On constate en effet depuis les années 1980 une véritable course aux diplômes avec une concurrence scolaire de plus en plus sévère qui semble renforcer encore un peu plus les inégalités de notre pays. Des exigences plus élevées de la part de la société, une augmentation du taux de chômage et la nécessité de décrocher un diplôme le plus prestigieux possible viennent encourager cette recherche de la meilleure école et de la meilleure formation possible. Le dénigrement des cursus professionnels au profit des filières générales a contribué à une augmentation du nombre de lycéens mais aussi à une augmentation du pourcentage d'adolescents en insatisfaction scolaire voire en échec scolaire dans des filières qu'ils ne parviennent pas à investir. De plus, la hiérarchie des disciplines est très présente aussi bien au collège qu'au lycée où les intelligences autres que verbo-conceptuelle sont dévalorisées et l'orientation scolaire se fait bien souvent, non en raison des goûts de l'élève, mais selon la qualité de ses résultats scolaires dans les matières scientifiques notamment. Ainsi, on observe que l'accès et le choix du baccalauréat dépend fortement de l'origine sociale. En 2012, 74% des jeunes dont le père était cadre possédaient un bac général contre seulement 27% des élèves dont le père était ouvrier ou employé. De plus, concernant le bac professionnel, les résultats étaient inversés (respectivement 6% et 17%). (28)

En vue de lutter contre ces multiples sources d'inégalités, on observe depuis plusieurs années la mise en place de dispositifs ciblant les élèves les plus en difficultés. On va vu ainsi apparaître les classes Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA), Unités

Localisées d'Inclusion Scolaires (ULIS) ou encore les Réseaux d'Éducation Prioritaire (REP) avec pour grands objectifs, un meilleur accompagnement de ces élèves et une diminution du décrochage scolaire. Les réformes les plus récentes tentent également d'ouvrir plus largement et plus positivement l'enseignement vers la voie technologique et professionnelle.

II.1.3 Place de la famille dans la scolarité

C'est un fait récent de voir la famille s'investir dans la scolarité de son enfant. (27) En effet, dès le siècle des Lumières et le développement de la scolarité, l'école s'érige comme une séparation entre l'enfant et ses parents. Que l'école soit sous obédience religieuse ou de l'État, elle doit satisfaire avant tout aux valeurs morales de la France et de l'Église, les parents n'y ont pas leur place. A cette époque d'ailleurs, nombre de familles ne voient pas l'intérêt de scolariser leurs enfants, leur aide étant souvent précieuse dans les travaux des champs ou de la maison. Ce n'est que progressivement avec la révolution industrielle, l'exode rural et la création des services tertiaires que les parents vont prendre conscience des apports de l'école pour le futur de leurs enfants. Il faudra néanmoins attendre le milieu du XX^{ème} siècle pour voir les parents prendre une véritable place à l'école avec notamment la création des associations de parents d'élèves. C'est ainsi à partir de 1975 que vient s'inscrire dans la loi la nécessité de l'implication parentale dans la participation aux projets éducatifs de l'établissement.

Depuis les espérances parentales concernant l'école ne cessent d'augmenter. (29) Les études réalisées à ce sujet montrent des attentes différentes selon le niveau socio-culturel considéré. Si l'on s'intéresse aux classes populaires, elles perçoivent l'école comme une ouverture sur le monde pour leurs enfants leur garantissant un accès à la culture, à une socialisation plus riche et à un diplôme. Néanmoins, l'institution peut leur apparaître rejetante et susceptible de détruire un projet professionnel en cas de difficultés scolaires. Pour les classes moyennes, l'école est avant tout un outil dans une course à la performance qui doit maximiser les chances de réussite pour leurs progénitures. Par ailleurs, on observe que la proportion d'élèves diplômés est plus importante chez les enfants dont le père est cadre ou exerce une profession libérale (64,8% sont au moins bac+2) que chez les enfants d'ouvriers ou d'agriculteurs (15%). (30)

Pour autant, quelle que soit la catégorie sociale, les parents semblent tous demandeurs de prendre une place plus importante au sein de l'institution scolaire, ils sont en demande de plus d'échanges avec les équipes éducatives aussi bien au sujet des projets éducatifs que du fonctionnement de l'établissement ou de la manière dont travaillent les enseignants.

En parallèle du côté des enseignants, les attentes sont également ambitieuses envers les parents. Ils attendent d'eux qu'ils préparent au mieux leurs enfants aux règles et aux valeurs de l'institution scolaire mais aussi qu'ils constituent une aide pédagogique lorsque cela est nécessaire et que l'école ne peut les accompagner du fait de classes trop chargées ou trop hétérogènes. L'augmentation années après années du nombre d'élèves par classe ne fait que renforcer les contraintes des enseignants pour accompagner chaque élève individuellement et aggrave de fait les relations qu'ils entretiennent avec les familles des élèves les plus en difficultés.

II.1.4 Organisation du collège et du lycée

Notre travail s'intéressant aux adolescents, nous allons plus particulièrement développer l'organisation du collège et du lycée.

II.1.4.1 Le collège

Le collège semble être plus propice aux inégalités sociales que les autres établissements scolaires. C'est ce que nous apprennent les différents rapports qui s'y intéressent qu'ils soient français ou internationaux. Malgré la création d'un collège unique suite à la réforme Haby avec la volonté de donner à tous les adolescents les mêmes chances de réussite, le collège de part une disparité d'élèves trop importante tant au niveau de leurs connaissances que de leurs ambitions ne parvient pas à atteindre ses objectifs. De plus, la dévalorisation majeure du Brevet des collèges qui marque la fin du collège, vient aujourd'hui questionner les apports de ce dernier. En effet, si l'obtention du Baccalauréat est reconnue et ouvre les portes vers les études supérieures, l'obtention du Diplôme National du Brevet n'est aujourd'hui, plus un gage de distinction. Voulu comme un lieu permettant un accès à la connaissance pour chacun, le collège semble de nos jours être devenu un lieu de sélection entre d'un côté les élèves qui poursuivront leurs études et de l'autre ceux qui entreront plus tôt dans la vie active via les filières professionnelles. (31)

En faisant principalement le choix d'un enseignement des matières fondamentales à défaut des matières manuelles et technologiques le collège exclu d'emblée certains profils d'élèves, en particulier ceux ayant des difficultés dans l'apprentissage verbo-conceptuel trop abstrait pour eux. Par ailleurs, les notions apprises ne venant qu'approfondir celles enseignées au primaire, le collège représente de ce fait un lieu de découragement aussi bien pour les élèves les plus avancés pour qui les notions apprises ne vont pas suffisamment loin que pour les élèves en difficultés qui sont amenés à rencontrer les mêmes obstacles qu'à l'école élémentaire. En effet, à l'entrée en 6^{ème}, c'est 10 à 15% des élèves, selon les derniers rapports, qui n'ont pas acquis les apprentissages fondamentaux et qui sont ainsi nettement plus à risque de décrochage scolaire. (32)

Cette hétérogénéité d'élèves est certes ancienne mais, elle était auparavant masquée par une orientation moindre vers le collège et une insertion professionnelle sans qualification plus simple. En effet, avant la réforme du collège unique il existait deux types d'enseignements distincts pour accueillir les adolescents après l'école élémentaire, l'enseignement sélectif auquel on accédait après passage d'un examen et l'enseignement non sélectif qui était dans la prolongation des cours du primaire et qui aboutissait au certificat d'études. (27)

En 1994, afin de mieux articuler le collège unique avec l'école primaire et le lycée, les quatre années ont été découpées en trois cycles. La 6^{ème} devient un cycle d'adaptation, la 5^{ème} et la 4^{ème} le cycle central et la 3^{ème} un cycle d'orientation. Ainsi la 4^{ème} technologique disparaît sauf dans les Maisons Familiales et Rurales (MFR) où elle se fait maintenant en alternance et la 3^{ème} technologique est remplacée par la 3^{ème} prépa métier. Dans l'objectif de rompre avec les critiques persistantes estimant que le collège n'est en fait qu'un « petit lycée » préparant uniquement à la voie générale et qui ne fait que retarder de deux ans l'orientation des adolescents, plusieurs réformes ont tenté d'ouvrir des filières plus adaptées à la diversité des élèves. La Loi Organique relative aux Lois des Finances (LOLF) notamment, met en place une rémunération des collèges en fonction de leurs objectifs et vise à une plus grande autonomisation des établissements. (33) Se développent ainsi dans les classes de collèges des parcours de découverte qui

ont pour objectif d'élargir le programme de connaissances à travers des matières plus ouvertes sur le monde où les élèves travaillent plus en autonomie et s'approprient leur parcours scolaire. (34) Mis en place depuis la rentrée de 2015, les quatre parcours proposés aux élèves sont :

- Le parcours Avenir : de la 6^{ème} à la Terminale, il permet à chaque élève de découvrir le monde économique et professionnel et de construire son orientation.
- Le parcours éducatif de santé : il permet de la maternelle au lycée de structurer les dispositifs d'information, de prévention et de protection de la santé.
- Le parcours d'éducation artistique et culturel : proposé de l'école primaire au lycée, il vise à favoriser l'accès à tous aux activités artistiques.
- Le parcours citoyen de l'élève : de l'école au lycée, l'objectif est l'acquisition d'un jugement moral et civique, d'un esprit critique et d'une culture de l'engagement.

Cependant, si la volonté pour les différents gouvernements successifs d'améliorer le collège est forte avec deux réformes en moins de dix ans, du point de vue des acteurs de terrain la mise en place met en difficulté. Ils sont nombreux à n'y voir qu'une succession de nouvelles mesures qui s'accumulent et peinent à s'harmoniser les unes avec les autres. Par ailleurs les suppressions de postes d'enseignants qui se multiplient d'années en années ne font que rajouter des obstacles sur ce terrain déjà instable.

II.1.4.2 Le lycée

La principale particularité du lycée est qu'à la différence des autres établissements scolaires fréquentés par l'élève jusqu'alors, il n'est pas obligatoire. A la fin du collège s'offrent ainsi plusieurs options pour les adolescents, l'apprentissage d'un côté ou la poursuite de la scolarité au lycée de l'autre. (27)

On retrouve trois catégories de lycées, les lycées d'enseignement général, les lycées professionnels créés en 1985 et les lycées technologiques créés en 1968. Les lycées généraux et les lycées technologiques se sont regroupés en 1992 devenant les Lycées d'Enseignement Général et Technologique (LEGT).

Le point culminant de ces trois années de lycée est le passage du Baccalauréat à la fin de la Terminale. Parmi ces trois filières seuls les baccalauréats professionnels permettent ensuite directement aux bacheliers d'entrer dans le monde du travail. Les baccalauréats d'enseignement général et technologique ouvrent quant à eux, uniquement la porte aux études supérieures.

La proportion de bacheliers pour une génération donnée a considérablement augmenté au cours des dernières décennies passant de 20% dans les années 1970 à 73% au milieu des années 2010. (28) (30) On note là aussi, comme au collège, une hiérarchisation des différents baccalauréats. Les baccalauréats d'enseignement général avec en tête de file le Bac Scientifique (BAC S) sont considérés comme les plus prestigieux, viennent ensuite les Bacs technologiques puis, les Bacs professionnels achèvent cette stratification.

La classe de 2nde générale et technologique est indifférenciée mais les élèves peuvent compléter les matières du tronc commun par des enseignements optionnels généraux ou technologiques. C'est à la fin de cette année que l'adolescent prend la décision d'une filière technologique ou générale. Depuis la réforme de 2019, à la rentrée de 1^{ère} les adolescents ayant choisi la voie générale ne sont plus répartis en filières bien différenciées comme auparavant où ils choisissaient leur orientation parmi les filières scientifique, sciences économiques et sociales ou

littéraire. Ils partagent maintenant un tronc commun de matières générales auquel va s'ajouter trois enseignements de spécialités choisis par l'élève selon ses intérêts propres. (35)

Dans les classes de lycées professionnels, les élèves alternent entre cours théoriques et applications pratiques. Depuis la réforme de 2009 qui a supprimé les Brevets Élémentaires Professionnels (BEP) l'enseignement s'est aligné sur les autres cursus et dure trois ans pour aboutir au passage d'un Baccalauréat Professionnel (Bac Pro) ou d'un Certificat d'Aptitude Professionnel (CAP).

On constate que les dernières réformes affichent très clairement la vocation de mettre fin à la hiérarchisation des différentes filières et à revaloriser les voies professionnelles. Néanmoins une meilleure information auprès des lycéens et de leurs familles reste nécessaire pour mettre fin aux multiples idées reçues sociétales toujours très présentes au sujet des filières technologiques ou professionnelles.

II.1.5 Les systèmes scolaires étrangers

La comparaison du système éducatif français avec ceux des autres pays est un sujet fréquemment débattu dans notre pays.

En France, l'enseignement privilégie l'acquisition des connaissances avec des évaluations régulières dès le plus jeune âge. Le pré primaire est particulièrement investi avec une scolarisation obligatoire dès l'âge de 3 ans.

Si l'on s'intéresse aux différentes méthodes d'enseignement pratiquées dans le monde, on retrouve des systèmes plus ou moins axés sur l'acquisition des savoirs et des connaissances. En Asie particulièrement, les exigences académiques sont très élevées et les pays asiatiques comme la Chine, la Corée ou le Japon se démarquent par des méthodes d'enseignement très axées sur la performance et l'apprentissage par cœur. A l'opposée, dans les pays scandinaves qui prônent l'école unique, l'accent est mis sur l'apprentissage de méthodes de travail et de compétences psychosociales permettant la construction de la personnalité plutôt que sur la transmission de connaissances. Ces systèmes qui privilégient l'éducation sont particulièrement soucieux de donner les mêmes chances à chaque élève.

D'autres pays comme les pays germaniques (Allemagne, Luxembourg, Suisse) différencient tôt les cursus. Ainsi les élèves sont orientés vers des filières générales ou professionnelles dès l'âge de 11 ans. Différentes études montrent cependant que ces méthodes semblent moins efficaces et plus sources d'inégalités que les autres. (27) (36)

Pour évaluer ces différents systèmes d'enseignement, le rapport PISA (Programme International de Suivi des Acquis des élèves) est particulièrement regardé. (37) Piloté par l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique), il s'attache régulièrement depuis 2000 à comparer les systèmes d'éducation d'une quarantaine de pays parmi lesquels les pays de l'OCDE mais aussi la Chine, la Russie, le Brésil, l'Uruguay ou encore l'Indonésie. Cette évaluation se déroule tous les trois ans et vise à tester les compétences des élèves de 15 ans en mathématiques, en lecture et en sciences. Au-delà des performances des élèves cette enquête évalue les facteurs en lien avec la réussite scolaire comme les méthodes d'enseignement, les environnements scolaires, les sommes affectées à l'enseignement ou encore les facteurs exogènes pouvant l'influencer comme le niveau socio-économique.

En 2018, l'enquête PISA regroupait 79 pays participants. En France, 7000 élèves scolarisés dans 252 établissements en France métropolitaine et en Outre-Mer ont participé. Les

conclusions de PISA 2018 montrent une stabilisation des résultats par rapport aux enquêtes précédentes pour notre pays. En compréhension de l'écrit, les compétences des élèves français sont nettement au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE et en mathématiques les résultats sont légèrement au-dessus. En revanche, l'impact du niveau socio-économique reste toujours source d'inégalités en France. On observe que l'influence du milieu socio-économique sur la réussite scolaire y est plus marquée que dans les autres pays de l'OCDE. Ces résultats sont particulièrement analysés dans notre pays en vue d'adapter les politiques éducatives. Ainsi dans l'objectif de diminuer les inégalités sociales face aux difficultés scolaires, la priorité a été mise sur l'école primaire avec une scolarisation à partir de l'âge de 3 ans, le dédoublement des classes de CP dans les Réseaux d'Éducation Prioritaire (REP) et un renforcement des méthodes de mathématiques et de lecture.

Si les pays les mieux classés dans l'enquête PISA semblent sensiblement les mêmes que les précédentes années (Singapour, Japon, Estonie, Finlande), aucun système éducatif ne semble particulièrement sortir du lot pour son efficacité concernant à la fois les performances et l'équité entre les différentes couches sociales.

II.2 Les enjeux de la scolarité pour l'adolescent

II.2.1 Les nouveaux enjeux qu'amènent le collège et le lycée

La place de la scolarité dans la vie de l'adolescent est majeure, ne serait-ce qu'en termes de temps d'abord puisque c'est dans ces lieux que l'adolescent va passer sa journée entière. En termes de préoccupations ensuite, les études psychosociologiques montrent que la place qu'occupe les préoccupations scolaires est prépondérante dans la pensée des adolescents. (10) En effet, elles arrivent juste derrière les préoccupations concernant les relations avec les amis et se placent même avant les préoccupations à propos des sorties, des relations amoureuses ou des relations avec les parents. Ils sont également nombreux à juger que pour être heureux dans la vie, « exercer un métier qu'on aime » est le plus important. Les adolescents attendent plus du collège ou du lycée qu'un simple apprentissage de connaissances. Ils voient en l'école une aide quant à leur développement personnel que cela soit grâce aux différents ateliers que l'établissement propose ou aux échanges avec leurs pairs et les adultes encadrants. La façon dont l'adolescent va pouvoir investir l'école est primordiale non seulement pour une bonne scolarité mais également pour l'aider à se construire et à développer sa personnalité.

Comme vu précédemment au collège et au lycée, l'adolescent est confronté à de multiples changements en lien avec la puberté et les questions du pubertaire. Pour l'accompagner dans ses transformations, l'environnement scolaire joue ainsi un rôle majeur en le confrontant à de nouvelles relations aux pairs, aux enseignants et en lui permettant d'acquérir de nouvelles responsabilités ainsi que de gagner en autonomie.

L'entrée au collège constitue un véritable cap pour l'adolescent qui perd tous ses repères acquis dans l'enfance et doit se confronter à des changements à la fois concernant les lieux, l'organisation, l'aspect social et le champ intellectuel. Durant les deux premières années du collège, le jeune adolescent est aux prises avec le processus psychique de séparation et d'individuation. Le rapport aux autres et notamment aux pairs change. Le sentiment d'appartenance au groupe de pairs se fait plus prégnant et leurs regards acquièrent une toute autre importance. En parallèle, cette phase est marquée par l'éloignement progressif de l'adolescent vis-à-vis de ses parents. L'adolescent va, ainsi, dans un premier temps se conformer aux normes de ses pairs pour se rassurer et être à la hauteur de ce qu'on pourrait attendre de lui. Puis dans la deuxième phase

de l'adolescence, ce besoin de conformité aux pairs va s'atténuer pour laisser place à l'expression de la personnalité individuelle. (38) Du côté de la scolarité l'adolescent doit s'adapter à un nouveau rythme et à une nouvelle organisation des temps de classe. (27) Les journées ne sont plus divisées en demi-journée comme au primaire mais en cours de 50 minutes où l'élève doit changer de classes et d'enseignants. Ce nouveau fonctionnement est également à l'origine d'une modification de la relation professeur-élève. Il ne s'agit plus d'une relation privilégiée avec un seul enseignant. Une certaine distance s'instaure qui va permettre à l'adolescent de comparer les différents liens relationnels qu'il tisse avec chaque professeur. Les transformations physiques qu'entraînent la puberté retentissent également sur la scolarité de l'adolescent. Ainsi le schéma corporel de l'adolescent, sa représentation dans l'espace et son contrôle tonico-moteur sont modifiés venant là perturber la réalisation des tâches comme l'écriture ou son appropriation de l'espace. Les cours d'éducation physique et les travaux manuels sont particulièrement importants pour aider l'adolescent à trouver de nouveaux repères corporels. Par ailleurs, des préoccupations corporelles trop grandes peuvent altérer les opérations mentales et impacter ses capacités de compréhension.

Par la suite, dès la 4^{ème}, pour certains, puis au lycée pour d'autres, l'adolescent est confronté aux premiers choix déterminants pour sa future orientation professionnelle. A l'entrée au lycée, la transformation pubertaire est en général terminée et laisse place pour ces jeunes aux nombreux questionnements concernant leur futur et le monde qui les entoure. L'image qu'ils ont d'eux même prend plus d'importance et le questionnement identitaire est à son apogée. L'importance donnée aux pairs restent également très forte et la relation amoureuse notamment commence à être plus investie. Au niveau scolaire, on leur demande plus d'autonomie et ils doivent trouver par eux-mêmes des méthodes de travail efficaces. A la différence du collège, les professeurs ne prennent plus uniquement en compte l'acquisition stricte des connaissances. La part de culture que possède l'adolescent et qu'il s'est développé à travers ses intérêts extra-scolaires est également évaluée. Ainsi, si les inégalités socio-culturelles sont bien visibles au collège, au lycée également le milieu culturel dans lequel baigne le jeune influence sa réussite scolaire. (37) Les compétences nouvelles de réflexion et d'autonomie que nécessite le lycée conduisent nombre de lycéens à être réorientés vers d'autres filières à la fin de la seconde.

La réussite de la scolarité au collège et au lycée est donc multiple et non seulement liée aux aptitudes scolaires mais également aux intérêts de l'adolescent et à l'influence positive que peut avoir son entourage sur son développement qu'il soit intellectuel, psychique ou psychomoteur.

II.2.2 Le bien-être des élèves

Le bien-être des adolescents constitue une notion de plus en plus abordée dans notre société française mais également à l'international. En 2015, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) développe dans son programme « Global Standards for Quality Health Care Services for Adolescents » de nouvelles normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents. Ces normes visent un accès aux soins gratuit, confidentiel et non discriminant, une éducation à la santé et au bien-être et le développement d'un engagement citoyen des jeunes. (39)

Plusieurs enquêtes internationales réalisées auprès des adolescents (Health Behavior in School-Aged Children – HBSC ; PISA ; United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF) se développent pour dresser un état des lieux du bien-être de cette génération. Toutes ces études questionnent, en plus, la perception que les adolescents ont de leur santé, leurs rapports aux pairs, leurs relations familiales et leur vécu scolaire. Les conclusions de ces différentes

enquêtes concernant la scolarité montrent, en France, des adolescents qui apprécient majoritairement l'école même si cela décroît fortement avec l'âge entre la 6^{ème} et la 3^{ème}. Par ailleurs, la relation de confiance envers les adultes de l'institution scolaire est faible. L'enquête PISA 2018 montre qu'ils sont moins nombreux en France à se sentir soutenus par leurs enseignants en comparaison aux autres pays de l'OCDE. Les élèves français sont également plus perturbés par les problèmes de discipline gênant l'enseignement que dans les autres pays de l'OCDE. Les relations qu'entretiennent les adolescents avec leurs enseignants sont essentielles à un bon vécu scolaire puisqu'on observe que les élèves se sentant davantage soutenus par leurs professeurs ont de meilleurs résultats scolaires. (37) Les exigences scolaires ressenties par les élèves, l'importance de la charge de travail ou encore le stress lié au travail scolaire sont également autant de critères qui influencent le vécu scolaire des adolescents. Le rapport « Comportement de santé et bien-être des élèves de 11, 13 et 15 ans » reprenant les données des enquêtes HBSC 2018 et EnCLASS France 2018 montre une augmentation du nombre d'élèves stressés par le travail scolaire par rapport à 2014. 26% sont assez ou beaucoup stressés à l'âge de 11 ans contre 44% à 15 ans. En comparaison avec les autres pays de l'OCDE, ce phénomène reste cependant moins important. (40)

Les relations avec les pairs jouent également un rôle dans le bien-être scolaire. La présence de violences, de harcèlement notamment, présents dans l'établissement impacte fortement le sentiment de sécurité des élèves et le bon vécu qu'ils ont de l'école. L'enquête Système d'Information et de Vigilance sur la Sécurité scolaire (SIVIS) 2018-2019 (réalisée auprès d'établissements du second degré (Collèges, Lycées) montre une augmentation du taux d'incidents graves déclarés dans les collèges et les lycées entre 2017 et 2018 passant de 10,4 pour 1000 élèves à 12,2. (41) Le degré d'exposition à la violence diffère selon le type d'établissement et son profil social. Ils sont ainsi plus nombreux dans les collèges, les lycées professionnels et les établissements les moins favorisés socialement.

L'enquête de climat scolaire et victimisation réalisée pour l'année 2017-2018 par la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) du ministère chargé de l'Éducation Nationale évalue le ressenti des adolescents concernant le climat scolaire. (42) Ils sont 5% au lycée à déclarer au moins un fait de victimation (vol, violence physique ou verbal) et 1,7% chez les garçons à déclarer en subir plusieurs pouvant s'apparenter à du harcèlement, contre 1% chez les filles. Depuis les années 2010 notamment la question du harcèlement et des violences scolaires a pris une place importante dans la politique de l'Éducation Nationale. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République de 2013 met notamment en avant comme priorités la lutte contre la violence (harcèlement et cyberharcèlement) et les discriminations et l'amélioration du climat scolaire. (43) Cette loi vient ainsi renforcer le rôle éducatif de l'Institution scolaire dans l'objectif de favoriser le bien-être des élèves.

Le soutien parental impacte également le vécu qu'a l'adolescent de sa scolarité. Les interactions familiales sont un élément clé au bon développement de l'adolescent. Les parents ont pour rôle de répondre aux besoins de leur enfant pour l'aider à acquérir les compétences nécessaires à la vie en société. Aussi, l'acquisition d'une confiance en soi, la capacité d'aimer et l'apprentissage des interdits sociaux sont autant d'objectifs de la parentalité.

A l'adolescence, le sujet dans son désir d'autonomie et d'indépendance va en effet développer de nouveaux centres d'intérêts, développer sa propre vision du monde, ses valeurs morales et envisager son avenir de façon plus nette. Dans cette période d'individuation et de développement de sa personnalité, il est crucial pour l'adolescent que ses parents puissent l'aiguiller et le soutenir dans ses choix pour qu'il se sente en capacité de les assumer. L'accompagnement et la

bienveillance parentale vont permettre à l'adolescent de s'ouvrir sur le monde qui l'entoure, d'investir les processus de pensée, de raisonnement et d'y trouver du plaisir. Un climat familial serein et des relations affectives de qualité sont donc primordiaux pour que l'adolescent puisse investir l'environnement extérieur tant sur le plan social qu'intellectuel et se détacher sans crainte de ses parents. L'environnement social, économique et culturel auquel appartient l'adolescent influence également son vécu de la scolarité. Les adolescents ayant des parents qui attachent de l'importance à la culture, aux activités extra-scolaires disposeront d'un bagage socio-culturel plus important qui va influencer leur curiosité, leurs passions et leurs projections dans la vie future. Aussi, l'intérêt que les parents portent à la scolarité de leur enfant et la confiance qu'ils ont dans les valeurs de l'École participent à l'implication du jeune dans son travail et dans sa réussite scolaire.

L'influence de la famille dans la réussite scolaire et le bien-être de l'adolescent à l'école sont ainsi majeures et dépendantes de multiples facteurs.

On observe ainsi que les conditions à une bonne scolarité sont nombreuses et touchent toutes les sphères de la vie de l'adolescent qu'elles soient intrinsèques et extrinsèques à l'établissement scolaire.

II.2.3 Les vulnérabilités de l'adolescent mise en avant par la scolarité

Comme nous avons pu le voir précédemment, l'adolescence est une période de la vie de grande vulnérabilité. De par le temps que l'adolescent passe à l'école, l'établissement devient un lieu privilégié où il peut s'exprimer et manifester son mal-être. Si l'adolescence est un passage teinté d'une exacerbation des émotions et de multiples obstacles par lequel chacun passe, certains signes doivent cependant alerter. Aussi, dans le repérage des souffrances que peut exprimer l'adolescent l'institution scolaire et ses intervenants se situent au premier plan.

Lorsque l'on s'intéresse au bien-être psychique des élèves de collège et lycée, les enquêtes réalisées montrent que si les adolescents déclarent majoritairement être en bonne santé, ils sont tout de même 16% des filles et 7% des garçons à déclarer au moins un épisode dépressif caractérisé et 7% à avoir déjà tenté de se suicider. (44) L'enquête HBSC 2018 montre que si en ce qui concerne la santé perçue et la satisfaction à l'égard de leur vie les adolescents français sont dans la moyenne des autres pays de l'OCDE, ils sont en revanche plus nombreux à déclarer des plaintes récurrentes. A cette période de la vie, les signes indicateurs d'un mal-être de l'adolescent peuvent être multiples. Des conduites d'isolement, des comportements à risque, des troubles du sommeil ou de l'alimentation, l'apparition d'une tristesse, d'automutilations, un décrochage scolaire ou un absentéisme doivent alerter et être investigués. On observe également que les inquiétudes concernant leur santé et les souffrances exprimées par les adolescents diffèrent des représentations de la société. Ils sont en effet nombreux à s'estimer en bonne santé alors même qu'ils présentent des comportements à risque (consommations de toxiques) ou expriment des éléments dépressifs. Pour les parents et la société, en général les inquiétudes principales concernent les prises de toxiques et ils sont encore nombreux à voir les adolescents comme une population à risque et à se méfier d'eux. (45)

L'école est ainsi, de fait, confrontée à l'expression des souffrances de l'adolescent et est chargée de les accompagner au mieux. Ces dernières années, les préoccupations principales de l'Institution scolaire concernent les situations de violences, de harcèlement scolaire, de discriminations, d'insécurité, de décrochage scolaire ou encore de refus scolaire anxieux. La prise en charge de ces situations est souvent complexe et multidisciplinaire et met en difficulté à la fois les

personnels de l'Institution scolaire et les parents en grande demande d'accompagnement et de soutien. La coordination des parents, du champ scolaire et des structures médicales (médecine scolaire, médecine de ville, pédopsychiatrie) est ici essentielle pour répondre aux souffrances et aux besoins de ces adolescents en difficultés.

II.3 Les difficultés de l'adolescent en milieu scolaire

II.3.1 Repérages et interventions en milieu scolaire

Assurer le bien-être des élèves fait partie des prérogatives de tous les personnels exerçant au sein de l'Institution scolaire. En première ligne, face à l'expression des souffrances de l'adolescent, leur rôle est primordial dans le dépistage des difficultés des élèves en vue d'une intervention la plus précoce possible.

Pour aider aux repérages des adolescents en difficulté, la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) a publié en 2014 le "Guide à l'attention des équipes éducatives des collèges et lycées : une école bienveillante face aux situations de mal-être". (46) Cet outil a pour vocation une diffusion à tous les personnels au contact des adolescents pour une meilleure sensibilisation.

La loi d'Orientation et de Programmation pour la Refondation de l'École de 2013 apporte la notion de parcours éducatif de santé. (43) Il s'agit de renforcer le parcours médical des adolescents dans le système scolaire en agissant à la fois sur les interventions de prévention et d'information de santé auprès des élèves mais aussi sur les visites médicales dont ils bénéficient. (45) Ce nouvel outil se structure autour de l'éducation, de la prévention et de la protection et fait le lien entre le champ de la santé et le champ de la scolarité. Il conforte et renforce ainsi l'implication du personnel de l'Institution scolaire dans la prise en charge du bien-être des adolescents. La loi Santé du 26 janvier 2016 vient également renforcer la place centrale du médecin scolaire et de l'infirmier scolaire dans la lutte pour l'instauration d'un climat scolaire bienveillant à l'école et pour favoriser le bon vécu scolaire des jeunes.

Ainsi, outre les professeurs qui peuvent alerter devant un élève en décrochage, en difficulté scolaire ou plus fermé, plus isolé qu'à l'accoutumé, la place du Conseiller Principal d'Éducation (CPE) est centrale dans le repérage de ces jeunes. Plus accessible que les enseignants, que le directeur ou le principal, le CPE connaît mieux les élèves et est souvent plus disponible pour prendre le temps d'échanger avec eux. L'infirmière scolaire également fait souvent figure d'adulte référent pour les élèves exprimant un mal-être psychique. Il est courant que les élèves qui fréquentent l'infirmerie en lien avec des plaintes somatiques échangent avec l'infirmier scolaire et lui confient leur mal-être. Les instances de concertation (conseil de classe, réunions d'équipe) sont également autant de lieux qui à travers l'échange des différents intervenants pédagogiques permettent de repérer les adolescents en difficulté.

Dans ce premier niveau de repérage, l'écoute du jeune est donc essentielle pour pouvoir l'orienter ensuite vers les bons professionnels.

Devant des inquiétudes au sujet d'un élève le personnel peut se saisir d'un dispositif d'alerte qui réunit les professionnels psycho-médico-sociaux de l'établissement pour évaluer la situation et déterminer la bonne conduite à tenir. Des personnels dépendants de structures sociales telles

que les Point Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) ou les Maisons Des Adolescents (MDA) peuvent également participer à ce dispositif d'alerte.

Par ailleurs, l'Éducation Nationale a également mis en place un dispositif d'écoute nationale, "Fil santé jeunes" accessible pour tous les élèves.

A un second niveau, tout en restant dans les structures dépendantes de l'Éducation Nationale, peuvent intervenir les psychologues scolaires lorsque des bilans neuropsychologiques sont nécessaires par exemple ou les médecins scolaires lorsqu'il est question d'adapter la scolarité. Les assistants sociaux scolaires peuvent également être sollicités devant des éléments relevant du champ social.

II.3.2 Qu'en est-il, si la prise en charge par le milieu scolaire ne suffit pas ?

L'Institution scolaire lorsque son intervention n'est plus suffisante peut faire appel à différents professionnels appartenant au champ médico-psycho-social. (45) (46)

Le personnel de l'établissement peut ainsi orienter l'adolescent vers le médical si les symptômes exprimés le nécessitent que ce soit vers le médecin traitant ou vers la pédopsychiatrie. C'est en général des éléments tels qu'une perte de poids importante, des crises d'angoisses répétées, des automutilations, des idées noires ou suicidaires exprimées qui vont conduire à ce type d'indication.

Les structures d'écoute comme le PAEJ peuvent aussi être un dispositif d'accompagnement pour les adolescents en souffrance psychique. Ces structures s'adressent aux jeunes entre 12 et 25 ans qui rencontrent toutes sortes de difficultés (conflits familiaux, violences, délinquances, échec scolaire, consommations de toxiques, mal-être). Elles offrent un accueil gratuit, confidentiel, sans rendez-vous et ont aussi pour mission d'orienter l'adolescent vers les structures les plus adaptées à ses besoins. Les PAEJ peuvent, de plus, dans certaines conditions accueillir les jeunes en situation de précarité, les fugueurs et héberger les mineurs. Elles exercent de plus une complémentarité avec les Maison Des Adolescents. Les MDA ont notamment pour mission de répondre aux problématiques de santé des adolescents et de faire le lien entre l'adolescent, sa famille, le système scolaire et les professionnels de santé.

Face à des problématiques addictives, les consultations jeunes Consommateurs qui sont organisées via les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont aussi des lieux vers lesquels les adolescents peuvent être orientés. Les jeunes sont là aussi reçus de façon confidentielle et gratuite et la prise en charge concerne tous types d'addictions.

Les recours aux soins possibles face au mal-être d'un adolescent sont donc multiples et divers. La place du dispositif d'alerte mis en place dans chaque établissement est donc essentielle pour aiguiller au mieux l'adolescent dans ses difficultés.

Partie II : Les difficultés de l'adolescent observables dans le milieu scolaire

Toutes les pathologies qui peuvent toucher l'adolescent qu'elles soient organiques ou psychiatriques retentissent sur la scolarité.

Nous faisons le choix dans cette partie de nous intéresser uniquement aux difficultés d'ordre psychiques propres à la scolarité et à l'environnement scolaire.

Cette partie se divise en trois sous-parties. Dans un premier temps nous explorons les difficultés scolaires déjà présentes dans l'enfance et qui vont se pérenniser dans l'adolescence. Puis, nous nous intéressons aux difficultés scolaires observables plus particulièrement à l'adolescence qu'elles soient transitoires ou durables. Enfin, dans la dernière partie nous développons les différents facteurs intrinsèques ou extrinsèques à l'adolescent et pouvant être à l'origine de ses difficultés scolaires.

I. Les difficultés scolaires de l'enfance se poursuivant à l'adolescence

I.1 Les troubles neurodéveloppementaux

Ils sont répertoriés dans le DSM 5 (47) en :

- Handicaps intellectuels
- Troubles de la communication
- Troubles du spectre de l'autisme
- Troubles spécifiques des apprentissages
- Troubles moteurs
- Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
- Autres troubles neurodéveloppementaux

Ces troubles sont en général diagnostiqués dès l'enfance mais persistent à l'adolescence et peuvent aggraver des difficultés scolaires déjà présentes. L'adolescence peut, de plus, exacerber les symptômes associés dont ces troubles sont à l'origine. Leur prise en charge doit donc, durant cette période de grande vulnérabilité pour l'adolescent, être renforcée en vue de leur permettre un bon développement et de leur donner toutes les chances de succès dans leur vie sociale, scolaire puis professionnelle.

Nous allons principalement développer les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles du langage, la dyspraxie, le déficit de l'attention/hyperactivité et le handicap intellectuel. Nous aborderons également le cas des adolescents Haut Potentiel Intellectuel.

I.1.1 Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages

Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages correspondent à des déficits spécifiques dans le traitement des informations. Ils sont la conséquence de troubles cognitifs spécifiques neuro-développementaux et sont plus communément appelés troubles dys. Ils se manifestent en général dès les premières années d'apprentissage scolaire et se caractérisent par des difficultés persistantes et handicapantes dans certaines compétences telles que la lecture, l'écriture, le raisonnement mathématique ou peuvent être source de troubles de la coordination.

I.1.1.1 Les troubles du langage

La dysphasie ou trouble du langage est un trouble spécifique, structurel, sévère et durable dans l'élaboration du langage oral. L'atteinte peut concerner toutes les composantes du langage oral, la morphosyntaxe, la pragmatique, le lexique ou la phonologie. La CIM-10 (48) définit trois classes des "Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage" : le trouble spécifique de l'acquisition de l'articulation, le trouble de l'acquisition du langage expressif et le trouble de l'acquisition du langage réceptif.

Chez l'adolescent, la dysphasie se manifeste de façon plus subtile par une atteinte persistante de la compréhension orale et/ou de l'expression orale s'observant surtout par des difficultés sur le plan des fonctions complexes du langage. Les études du niveau secondaire sollicitant plus les fonctions langagières complexes, certaines dysphasies ne se repèrent qu'à l'adolescence, les troubles n'ayant pas mis l'élève en difficulté scolaire auparavant.

Pour poser le diagnostic de dysphasie, des bilans orthophoniques, psychologiques, neuropsychologiques ainsi qu'un examen ORL, s'avèrent indispensables. (49)

La prise en charge des troubles du langage fait notamment appel à des soins en orthophonie et en pédopsychiatrie. La prise en charge par un orthopédagogue est parfois sollicitée. Ces troubles pouvant également être responsables de difficultés dans les interactions sociales et sur le plan affectif, il est essentiel que ces aspects soient aussi explorés et pris en charge. De plus, le retentissement sur les troubles des apprentissages du langage écrit doit faire l'objet de prévention. Au niveau scolaire, un Projet Personnalisé de Réussite Éducative (PPRE) peut être proposé par l'équipe éducative pour mettre en place des aides pour accompagner l'élève. Un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP), validé par le médecin scolaire après diagnostic des orthophonistes peut également être instauré. Des sections spécifiques appelées ULIS (Unité localisée pour l'Inclusion Scolaire) ont également été créées par l'Éducation Nationale pour accompagner ces enfants et ces adolescents.

I.1.1.2 Les troubles spécifiques des apprentissages

L'adolescent peut être perturbé dans ses apprentissages par une dyslexie, une dysorthographe ou encore une dyscalculie.

La dyslexie est à l'origine de difficultés pour la lecture touchant à la fois son acquisition et sa compréhension. Cette pathologie toucherait 5 à 15% des enfants d'âge scolaire. (27) Si le diagnostic se fait vers l'âge de 7 ans et que les manifestations sont principalement handicapantes lors de l'école primaire, elles ne s'amendent cependant pas complètement une fois la lecture acquise. Les principaux éléments évocateurs de dyslexie sont un balayage de l'œil de droite à gauche plutôt que de gauche à droite, des difficultés dans le placement des lettres les unes par rapport aux autres, des confusions auditives, des confusions de coordonnées spatiales, des confusions droite-gauche ou une lecture qui persiste au stade de déchiffrage et un décalage entre les capacités orales et écrites. Le diagnostic de dyslexie est réalisé grâce à un bilan orthophonique et sa prise en charge est multidisciplinaire. Elle fait intervenir les pédopsychiatres, les orthophonistes et peut aussi nécessiter un accompagnement par un psychologue ou un neuropédiatre dans les cas de dyslexies graves avec antécédents médicaux personnels ou familiaux. La dyslexie pouvant aussi être source de trouble de l'écriture, au niveau scolaire des aménagements particuliers comme l'utilisation d'un ordinateur peuvent être nécessaires. L'aide d'une Assistante de Vie Scolaire (AVS) est aussi fréquemment sollicitée. (49)

La dyslexie peut, de plus, être associée à la dysorthographe. (27) La dysorthographe est une difficulté d'orthographe phonologique et/ou lexicale. Le diagnostic peut être évoqué à partir du CE2 dès lors que le sujet ne possède pas une écriture automatique. On retrouve quatre types de difficultés principales : une écriture maladroite (saccadée, ne suivant pas la ligne), une écriture "brouillonne" (ratures, tâches), une écriture illisible (déformation de l'écriture) ou une écriture lente. L'écriture faisant appel à plusieurs fonctions cognitives telles que la vision, la coordination oculo-manuelle ou le repérage dans l'espace, il est primordial d'éliminer des troubles moteurs à l'aide d'un bilan psychomoteur et/ou d'un examen neuro-moteur et des troubles visuels par un examen ophtalmologique et orthoptiste. Des difficultés affectives peuvent également être responsables et doivent être explorées. Les prises en charge proposées dépendent de ces évaluations. Des prises en charge psychomotricienne, psychologique ou encore de la rééducation devraient en général être proposées aux enfants atteints de dysorthographe.

L'apprentissage arithmétique et mathématique peut également être perturbé. Dans les classifications internationales, ces difficultés sont répertoriées sous l'appellation "dyscalculie". (47) (48) Elle est définie comme : "tout trouble des aptitudes en mathématiques, évaluées par des tests standardisés, passés de façon individuelle, nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l'âge du sujet, de son niveau intellectuel et d'un enseignement approprié à son âge". Leur prévalence est estimée à 1% des enfants d'âge scolaire et ces troubles concerneraient davantage les filles. Les compétences numériques se développent dès l'âge de 2-3 ans et s'articulent autour des fonctions exécutives, visuo-spatiales, du langage et de la logique. Dans ce trouble également, les facteurs affectifs peuvent entrer en compte. La prise en charge peut faire appel à un orthophoniste en cas de troubles du langage, à un psychomotricien en cas de mauvaise représentation du schéma corporel ou de trouble de la latéralisation mais aussi à une approche psychothérapeutique en cas de symptômes névrotiques. Des rééducateurs en psychopédagogie peuvent de plus être sollicités.

Au même titre que pour les élèves souffrant de dysphasie, une scolarisation en section ULIS peut également être nécessaire.

I.1.2 Les troubles développementaux de la coordination

Également appelés troubles praxiques ou dyspraxies, ces troubles moteurs et de la coordination fine ont une prévalence estimée entre 5 et 9% de la population d'âge scolaire. (50)

Les fonctions praxiques correspondent à la coordination volontaire des mouvements orientés vers un but. Une atteinte de ces fonctions peut toucher la conceptualisation (recours à l'image mentale du geste), la planification (organisation séquentielle) et l'exécution de la tâche. Les difficultés praxiques peuvent se traduire par de la maladresse ou de la lenteur et de l'imprécision dans la réalisation des tâches.

On retrouve plusieurs types de dyspraxie :

- La dyspraxie constructive correspond à des difficultés dans l'assemblage de différents éléments à intégrer dans un ensemble (c'est le cas du puzzle par exemple).
- La dyspraxie visuo-spatiale que l'on retrouve essentiellement chez les enfants présentant une dyspraxie constructive, des troubles neuro-visuels et des troubles de l'organisation spatiale. Ces jeunes sont gênés dans des tâches comme la prise d'informations, la construction d'espaces à deux dimensions, le dénombrement ou encore le comptage.
- La dyspraxie non-constructive correspond à des difficultés dans la séquentialité des différentes étapes chronologiques d'un geste. Elle peut être soit idéatoire (trouble de la

manipulation et de l'utilisation d'objets et d'outils) soit idéo-motrice (difficulté à réaliser des gestes symboliques en l'absence d'objet, incapacité à faire semblant ou à mimer).

- La dyspraxie verbale, enfin, est caractérisée par des troubles de l'articulation et de la parole.

A l'école, ces jeunes souffrant de dyspraxie ont plus de difficultés à acquérir leur autonomie, ils peuvent montrer une appréhension pour les sports, avoir des difficultés à manier les outils scolaires (règle, compas, ciseaux), des difficultés de repérage dans l'espace 2D (difficultés en géométrie), un graphisme brouillon, une lecture lente et fatigable ou encore faire des erreurs de dénombrement. La dyspraxie par ses multiples aspects peut donc être à l'origine de pathologies associées telles qu'un trouble anxieux, une inhibition, un échec scolaire ou même un trouble oppositionnel avec provocation. Leur prise en charge multidisciplinaire est donc essentielle. (10)

Le diagnostic peut être posé par des médecins de l'éducation nationale, des pédiatres, des pédopsychiatres, des neurologues ou bien se faire dans des centres référents des troubles des apprentissages. Il sollicite des bilans réalisés par des neuropsychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthoptistes et orthophonistes.

Les soins ciblent les divers symptômes qu'expriment les dyspraxies et reposent à la fois sur un travail psychomoteur et psychothérapeutique. Une aide pédagogique avec des adaptations sur le plan scolaire est aussi souvent nécessaire pour soutenir ces élèves en difficultés.

I.1.3 Le déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Le TDAH est également classé avec les troubles neurodéveloppementaux dans le DSM5. (47) Dans cette pathologie, c'est souvent l'école qui alerte la famille face à des enfants ou des adolescents, qui ont du mal à maintenir leur attention plus de quelques minutes. Parfois, c'est l'instabilité motrice qui est mise en avant avec des jeunes qui sont perpétuellement en mouvement et qui ne peuvent réaliser entièrement les activités proposées. La prévalence de ce trouble est estimée à 5% et le sex-ratio serait de quatre garçons pour une fille. (27)

Les symptômes du TDAH sont de trois types : des difficultés d'attention et de concentration, des symptômes d'hyperactivité ou d'hyperkinésie et des difficultés de gestion de l'impulsivité. Parmi les symptômes orientant vers un TDAH, on peut retrouver dans le quotidien du sujet, une difficulté à porter son attention aux détails, du mal à soutenir l'attention au travail ou dans les jeux, du mal à s'organiser, l'impression qu'il n'écoute pas, qu'il ne se conforme pas aux consignes, qu'il évite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, une perte fréquente d'objets nécessaires au travail ou aux activités ou encore une distractibilité par les stimuli externes importante. L'impact fonctionnel du TDAH est donc considérable.

Les enfants et adolescents concernés sont souvent pris pour des jeunes intolérants à la frustration et opposants. De plus, le risque d'échec scolaire associé est majeur et ces élèves sont souvent mis à l'écart par leurs pairs comme par les personnels scolaires qui ne parviennent pas à les accompagner. Le TDAH n'est cependant pas toujours une pathologie bruyante associée à une hyperactivité. Les troubles de l'attention et de la concentration sont parfois les seuls présents ce qui peut conduire à des retards de diagnostic, les investigations n'étant entamées que lorsque le jeune apparaît en grande difficulté scolaire.

Il apparaît donc évident qu'une prise en charge précoce de ces enfants et adolescents est nécessaire devant les multiples conséquences que le TDAH peut avoir sur leur scolarité mais également sur leur vie sociale et familiale.

Le diagnostic de TDAH est souvent fait par les neuro-pédiatres ou par les pédopsychiatres à la suite de bilans et d'interrogatoires bien spécifiques auprès du jeune, des parents mais aussi des intervenants scolaires.

Le prise en charge des adolescents atteints de TDAH peut parfois nécessiter la mise en place d'un traitement médicamenteux (Méthotrexate) lorsque les accompagnements proposés au niveau scolaire et au quotidien ne sont pas suffisants. En milieu scolaire, les équipes éducatives peuvent proposer la mise en place d'un PAP qui permet à l'adolescent de bénéficier d'aménagements et d'adaptations de nature pédagogique. Le TDAH étant considéré comme un handicap, un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) peut parfois être octroyé. Il permet à ces jeunes de bénéficier d'une aide humaine (AVS), de matériels pédagogiques adaptés ou d'un accompagnement par un service médico-social.

I.1.4 Le Handicap intellectuel

Les troubles du développement intellectuel concernent 1 à 3% de la population générale. (27) Ils sont en général repérés avant ou dès l'entrée à l'école maternelle. Si le déficit est moindre (léger ou "limite"), il se peut que l'enfant parvienne jusqu'aux cycles 2 ou 3 (école élémentaire). Il peut aussi parfois exister un retard au diagnostic dû à la difficile acceptation de la part des parents.

La CIM 10 (48) parle de "Troubles du développement intellectuel" et distingue quatre types :

- - Léger : $50 \leq \text{QI} \leq 69$
- - Moyen : $35 \leq \text{QI} < 49$
- - Grave : $20 \leq \text{QI} < 34$
- - Profond : $\text{QI} \leq 19$

Le DSM5 prend en considération le déficit des fonctions intellectuelles et adaptatives dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques et spécifie lui aussi quatre types de sévérité (léger, moyen, grave et profond).

Une distinction est faite entre les déficiences harmoniques et les déficiences dysharmoniques.

Si le diagnostic se fait en général grâce à des tests psychométriques réalisés par des psychologues, d'autres signes peuvent interpeller comme un retard important de l'enfant par rapport à sa classe d'âge ou une incapacité à accéder à l'autonomie attendue pour son âge.

La prise en charge est essentiellement médico-sociale est vise à permettre au sujet d'être le plus autonome possible dans la vie quotidienne à chaque étape de son développement. A l'adolescence, les modifications des relations familiales, amicales et les questionnements que génère la puberté doivent être accompagnés. Au cours de cette période, une prise en charge pédopsychiatrique (pédopsychiatre, psychologue) est souvent bénéfique, les déficiences intellectuelles pouvant se manifester par des troubles relationnels, de l'anxiété ou bien des troubles du comportement à type d'opposition ou d'agitation. Ces troubles caractériels sont bien souvent liés à des difficultés de compréhension des situations. Au premier plan, ils peuvent être à l'origine d'un retard de diagnostic et de prise en charge.

Il ne faut pas négliger dans la prise en charge de ce trouble le degré de souffrance de l'adolescent dans son système d'intégration, notamment au niveau de sa scolarité. Le retentissement scolaire peut être majeur et l'orientation vers un parcours scolaire adapté et spécialisé est essentielle. Les Instituts Médico-Éducatifs (IME) sont en première ligne dans l'accueil des enfants et des adolescents atteints de déficiences intellectuelles. Ils sont différenciés par degré de gravité de

la déficience et certains disposent même d'un internat où les adolescents peuvent être accueillis durant toute la semaine. Certaines de ces structures, appelées Section d'Initiation et de Première Formation Professionnelle (SIPFP) accueillent des adolescents de 14 à 20 ans et les accompagnent dans la voie professionnelle. A cette période cruciale de la vie, des pédagogies adaptées aux fonctionnements cognitifs et aux difficultés de ces adolescents sont primordiales pour les guider vers plus d'autonomie et vers une insertion dans la société malgré le handicap. Les dernières propositions faites au gouvernement lors du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) visent à renforcer ces mesures pour l'inclusion scolaire de tous. (51)

I.1.5 Le Haut Potentiel Intellectuel

Les enfants et adolescents dits « à haut potentiel intellectuel » représentent 2,3% de la population en âge d'être scolarisée (6 à 16 ans). Malgré un quotient intellectuel au moins supérieur à 130, un tiers de ces adolescents n'accèdera pas au lycée. (52) Cet échec scolaire qui paraît paradoxal est souvent secondaire à un désintéressement de l'adolescent ou à une inhibition avec attitude d'échec. Ces jeunes peuvent en effet apparaître en retrait pendant qu'ils observent et apprennent jusqu'à pouvoir réaliser une tâche sans essai ni erreur. Ils utilisent en général un vocabulaire précis pour leur âge, se montrent curieux et investissent différents domaines de manière intensive. Ils peuvent aussi présenter une hyper-sensibilité sensorielle et émotionnelle. Sur le plan intellectuel, ils disposent d'une excellente mémoire de travail qui leur permet de traiter plusieurs informations simultanément et rapidement. (53) Cependant, ces adolescents ont souvent un déficit dans l'implicite avec des difficultés à percevoir le sens général se focalisant plus sur le sens des mots ce qui peut les mettre à mal dans leurs interactions sociales. Ils attachent également souvent une importance extrême au détail. Au niveau des affects, leur hyper-sensibilité est source d'une mauvaise gestion des émotions avec une forte réactivité émotionnelle pouvant conduire à des troubles du sommeil, des angoisses, de nombreux rituels voire des conduites obsessionnelles.

A l'adolescence particulièrement, l'écart entre les capacités intellectuelles et les capacités émotionnelles peut être particulièrement difficile à vivre. Ces adolescents se retrouvent très tôt à devoir faire face à des questionnements identitaires et existentiels qui peuvent leur donner l'impression d'être en décalage par rapport aux autres et les conduire à s'isoler socialement. Ce décalage est, de plus, renforcé par le fait qu'ils sont souvent scolarisés dans des classes de niveau bien supérieur à leur classe d'âge et confrontés à des adolescents qui ne partagent pas leur façon de raisonner.

Le critère le plus sensible au diagnostic de haut potentiel est l'acquisition de la lecture seul avant quatre ans. Le diagnostic s'avère, cependant, souvent difficile, l'enfant étant uniquement présenté par son inhibition ou ses accès de colère lors des temps relationnels. Des tests psychométriques et un bilan psychologique évaluant l'aspect émotionnel permettent de poser le diagnostic.

La prise en charge se doit d'être multidisciplinaire en considérant l'enfant dans sa globalité et dans son environnement à la fois familial, scolaire, affectif et social. Dans l'idéal ces enfants et ces adolescents doivent bénéficier de temps en classe correspondant à leur âge et de temps en classe spécialisée. Le but étant de ne pas négliger la souffrance psychique due à un trop grand écart entre les capacités intellectuelles et leur état émotionnel et psychomoteur. (54) La circulaire du 12 novembre 2009 relative au « guide d'aide à la conception de modules de formation pour une prise en compte des élèves intellectuellement précoces » propose des adaptations de la classe pour que les élèves ne s'y ennuiant pas comme, par exemple, l'accélération du rythme.

II. Les difficultés scolaires repérables à l'adolescence

II.1 Le fléchissement scolaire

Le fléchissement scolaire est commun dans le déroulement de la scolarité d'un adolescent et est normalement transitoire. (10) On parle de fléchissement scolaire lorsque les difficultés apparaissent après une période initiale sans difficulté. La survenue d'un fléchissement scolaire peut arriver tout au long de l'adolescence mais, il semble plus fréquent dans les classes de 4^{ème} et de 2nde. Il est particulièrement intéressant d'observer que ce phénomène apparaît ainsi concomitant à la mise en place des modifications intrapsychiques caractérisant les deux grandes étapes de l'adolescence.

Le fléchissement débute en général de manière progressive dès le premier trimestre et ne touche que quelques matières. Dans ce premier temps, il est fréquent de voir l'adolescent s'en inquiéter, voire s'en étonner en tentant de se remobiliser. Puis dans une deuxième phase, la dégradation des résultats peut s'étendre aux autres matières ou devenir majeure dans une matière spécifique. L'adolescent manifeste alors un manque de motivation et de concentration, un désintérêt avec une nette difficulté à s'impliquer dans le travail scolaire. A l'opposé, une fuite dans un travail qui apparaît décevant et peu efficace peut également s'observer chez certains adolescents. Le retentissement du fléchissement scolaire va progressivement atteindre toutes les sphères de la vie de l'adolescent, avec un isolement social et familial. Les parents peuvent également décrire des modifications du caractère de l'adolescent comme des moments de passivité, des mouvements de refus ou d'opposition. La plupart du temps, le fléchissement scolaire ne s'accompagne cependant pas d'absentéisme ni de troubles du comportement. Bien souvent transitoire, il peut cependant devenir durable chez les adolescents particulièrement atteints psychologiquement par cet épisode dans la confiance qu'ils ont en eux et l'image qu'ils ont d'eux-mêmes. Ils peuvent vivre cela comme une véritable blessure narcissique et rechercher délibérément l'échec par absence de travail. L'évolution dans ces situations vers un échec scolaire est à craindre.

Le fléchissement scolaire apparaît à l'évidence comme une conséquence directe des modifications pubertaires (corporelles, psychiques, sociales, affectives) associée à une inhibition de la pensée que suscite le processus de l'adolescence. Il traduit un désinvestissement transitoire de l'acquisition des connaissances au profit de l'expérimentation et de la recherche de sensations. Il peut néanmoins être aussi réactionnel à des événements extérieurs. Des difficultés familiales (conflit familial, maladie d'un parent, deuil, séparation parentale), des troubles de l'interaction avec les pairs ou le diagnostic d'une pathologie chez l'adolescent sont tout autant de facteurs pouvant déclencher un fléchissement scolaire.

II.2 L'hyperinvestissement scolaire

L'hyperinvestissement scolaire, de la même manière que le fléchissement scolaire peut se percevoir comme un moyen de défense contre l'envahissement pulsionnel du corps et du psyché. Ces adolescents montrent un intérêt quasi-exclusif pour le travail scolaire et affichent d'excellents résultats. (27) S'ils sont dans un premier temps une grande source de satisfaction pour leurs parents, le comportement de ces jeunes en dehors de l'aspect scolaire va cependant finir par inquiéter leur entourage. En effet, on observe des adolescents qui investissent peu les rapports sociaux, qui renoncent aux activités de loisirs et qui manifestent des comportements enfantins pour leur âge. Ces adolescents persistent ainsi dans un investissement scolaire infantile où il faut ramener de bonnes notes afin de satisfaire les parents et les professeurs. Le refuge qu'ils trouvent dans l'hyperinvestissement scolaire leur permet de maîtriser leur monde pulsionnel par crainte de sortir de l'enfance et de devoir quitter la relation de dépendance aux

parents. La mise à distance du monde pulsionnel et des angoisses protège ainsi de la menace des émotions et des affects propres au processus de l'adolescence. L'hyperinvestissement scolaire, bien souvent transitoire, les évolutions à craindre sont soit la persistance du trouble dans le temps avec le développement d'adolescences « froides » ou « blanches » au caractère nettement psychopathologique, soit une brusque inversion avec une lâchée pulsionnelle pouvant entraver les processus intellectuels et cognitifs. Des troubles dans le développement de la personnalité, des conduites à risques ou des manifestations psychopathologiques sont également à explorer. (10)

Ce phénomène apparaît plus fréquent chez la fille où il semble posséder un lien avec l'anorexie mentale. Chez le garçon, on le retrouve plus souvent associé à des préoccupations obsessionnelles. L'hyperinvestissement scolaire est donc à risque d'envahir le fonctionnement psychique et de conduire à l'effondrement dépressif de l'adolescent. Son investigation, lorsqu'il est repéré est donc primordiale.

II.3 L'absentéisme scolaire

L'absentéisme scolaire est un phénomène en augmentation chez les élèves français. En 2017-2018 en France l'absentéisme a concerné 5,6% des élèves de second degré dans les établissements publics. (55) Il est moins fréquent dans les collèges (3,2% de la population) que dans les lycées d'enseignement général et technologique (6,8%) et les lycées professionnels (18,3%). Il est en général également plus élevé dans les établissements socialement défavorisés.

L'absentéisme d'un élève peut être à la fois lié à ses conditions de scolarité ou à des facteurs personnels. Les principales données sur l'absentéisme scolaire montrent que les absences sont souvent associées à d'autres troubles psychiques ou à des troubles des conduites. Il peut aussi être en lien avec des difficultés relationnelles, sociales, personnelles ou l'expression d'un désinvestissement scolaire ou d'un échec scolaire. (56)

Plusieurs types d'absentéisme sont définis dans la littérature : (57)

- L'absentéisme de proximité : il s'agit d'un absentéisme peu fréquent, l'élève sèche quelques heures de cours pour fuir un contrôle ou parce qu'il n'a pas fait ses devoirs en général. Il reste souvent aux abords de l'établissement et les absences dépassent rarement 4 demi-journées par trimestre. Une évaluation pédopsychiatrique peut cependant s'avérer nécessaire si les absences sont plus fréquentes et augmentent dans le temps.
- L'absentéisme provocateur : dans ces situations d'absentéisme, l'adolescent cherche à s'affirmer, à exprimer ses revendications et à montrer une certaine opposition envers l'Institution scolaire ou envers ses parents.
- L'absentéisme consommateur ou l'absentéisme perlé : il s'agit d'un absentéisme discontinu et occasionnel. L'adolescent sélectionne ses cours « à la carte » selon ses préférences et ses intérêts, et sacrifie les matières qu'il juge secondaires. En général, il concerne principalement des bons élèves qui continuent de se mobiliser lors des différentes évaluations.
- L'absentéisme par défaut de motivation ou l'absentéisme présent (drop-in) : l'élève est présent en cours physiquement mais le manque de motivation fait qu'il ne s'investit absolument pas dans l'activité de la classe. Ce type d'absentéisme regroupe souvent des adolescents en difficultés scolaires ou ayant été mal orientés.
- L'absentéisme chronique : il est continu et répété et démontre la difficulté de l'adolescent à s'intégrer dans le milieu scolaire. On retrouve en général un fort rejet de l'école avec des retards fréquents.
- L'absentéisme de respiration et l'absentéisme de confort : le premier concerne des élèves qui manquent des cours en raison d'un stress majeur ou d'une fatigue intense dus

à une charge de travail scolaire importante. Le deuxième, quant à lui, regroupe les cas d'absences certains jours spécifiques comme les veilles de vacances ou le samedi matin.

- L'absentéisme phobique : les absences sont dans ce cas dues à une phobie scolaire.
- Moins spécifiques, on peut également observer des cas d'absentéisme contraint (élèves étant exclus temporairement), d'absentéisme couvert par les parents ou d'absentéisme par nécessité économique (adolescents exerçant un boulot en dehors de la scolarité).

Les principaux risques de l'absentéisme scolaire sont sa persistance dans le temps et son évolution vers le décrochage scolaire ou la déscolarisation. Ainsi, 58% des absentéistes réguliers sont à risque de décrochage scolaire et 80% des élèves fréquemment absents. (58)

De plus, le décrochage scolaire concerne tous les jeunes qui quittent le milieu scolaire sans diplôme. Il n'est donc pas seulement le fait de l'absentéisme mais peut parfois faire suite à un échec scolaire à l'examen final.

II.4 Le décrochage scolaire

P-Y Bernard définit le décrochage scolaire comme « la non-poursuite d'études avant l'achèvement du secondaire ». (59) Le décrochage scolaire conduit ainsi chaque année, des adolescents à quitter le système scolaire sans diplôme ou qualification professionnelle.

Le processus chronologique conduisant au décrochage scolaire est presque toujours le même. Ce sont des élèves qui ont présenté des difficultés scolaires précoces dès l'école primaire. (56) Par la suite, les difficultés s'accroissent pouvant s'associer à des troubles du comportement chez des adolescents qui expriment un rejet du système scolaire. L'absentéisme apparaît progressivement au collège conduisant alors à l'échec scolaire et au décrochage de ces jeunes.

Le décrochage scolaire a d'abord été défini par des chercheurs nord-américains et recouvre des situations qui peuvent être très différentes. (53) Le décrochage passif (drops in) concerne des élèves qui manifestent du désintérêt pour l'apprentissage scolaire, qui s'ennuient ou présentent un comportement de passivité voire un absentéisme. On retrouve dans cette catégorie d'une part des élèves présentant des lacunes dans les acquisitions scolaires ou une dysharmonie développementale cognitive mais aussi, d'autre part, des élèves ayant un haut potentiel intellectuel et qui ne parviennent pas à s'adapter au système scolaire malgré leurs très bonnes capacités cognitives. Aux décrocheurs drops in s'opposent les décrocheurs actifs (drops out). Ces élèves finissent par quitter le système scolaire de manière précoce soit parce qu'ils ont été exclus, suite à des troubles du comportement, soit ils s'excluent eux-mêmes, résignés par de multiples tentatives d'aménagements inefficaces de leur scolarité.

La classification de Janosz et coll. définit, elle, quatre profils différents de décrocheurs scolaires selon leur implication scolaire, leurs résultats et leur engagement (adhésion) scolaire. (60)

On différencie ainsi :

- Les décrocheurs discrets : il s'agit d'élèves sérieux et dont l'attitude est adaptée au milieu scolaire mais qui présentent des difficultés scolaires avec des résultats inférieurs à la moyenne.

- Les décrocheurs désengagés : ces élèves présentent de faibles résultats et ont peu de motivation pour le travail scolaire. Ils expriment, de plus, souvent un désamour pour l'école.
- Les décrocheurs sous-performants : le décrochage est, là, en lien avec des résultats particulièrement faibles sans qu'on ne retrouve de troubles du comportement associés.
- Les décrocheurs inadaptés : ils sont, quant à eux, des élèves qui présentent à la fois des troubles des apprentissages et des troubles du comportement.

Les élèves qualifiés de décrocheurs discrets et inadaptés sont très nettement majoritaires puisqu'ils représentent jusqu'à 80% des élèves en situation de décrochage scolaire.

Les causes du décrochage scolaire sont multiples. Les facteurs propres à l'école regroupent des difficultés d'apprentissages précoces, un vécu scolaire négatif (découragements, désengagement scolaire, mauvaises orientations scolaires) ou encore un climat scolaire défavorable (pratiques pédagogiques peu valorisantes et peu attrayantes, compétition entre élèves importante). De multiples facteurs individuels peuvent aussi être plus à risque de décrochage scolaire. Les données de la littérature montrent un décrochage scolaire plus important dans les milieux plus défavorisés socialement et des garçons plus fréquemment concernés (10,1% des 18-24 ans contre 7,5% chez les filles). (56)

La lutte contre le décrochage scolaire en France sollicite le système interministériel d'échange d'informations (SIEI), qui est chargé d'un repérage des jeunes décrocheurs, et les plates-formes de suivi et d'appui aux décrocheurs (PSAD) qui sont, elles, chargées de proposer à ces jeunes une solution personnalisée de formation ou d'insertion comme le sont les dispositifs relais par exemple. Ces mesures ont été renforcées par la loi du 26 juillet 2019 « pour une école de la confiance » qui étend l'obligation de formation pour les adolescents âgés de 16 à 18 ans. Ces mesures ont pour vocation de proposer à la fois un droit de retour à une formation mais aussi d'autres alternatives comme l'emploi, le service civique ou l'engagement dans un dispositif d'accompagnement ou d'insertion sociale et professionnelle. (61)

II.5 Le refus scolaire anxieux

Nous avons choisi de consacrer une partie au refus scolaire anxieux de par la place et les pré-occupations qu'occupe ce trouble dans l'opinion publique et auprès des professionnels de la santé mentale et de l'Institution scolaire. Il constitue aujourd'hui un véritable phénomène de santé publique et nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

A. Johnson et collab. emploient pour la première fois le terme de « phobie scolaire » en 1941 pour décrire des enfants et des adolescents qui refusent, pour des raisons irrationnelles, de se rendre à l'école et qui résistent vivement avec des réactions d'anxiété et de panique quand on essaye de les y forcer. Par la suite, le terme de « phobie » est rapidement sujet à controverses. Cela conduit à l'abandon de son emploi au profit du terme de « névrose mutuelle » en 1956 par Estes et collab. qui imputent ce trouble à l'angoisse de séparation et non plus à la peur de l'école. (27) Il est à noter que ni la CIM 10 ni le DSM5 ne reconnaissent le refus scolaire anxieux. Le trouble y est défini soit comme un symptôme en lien avec l'angoisse de séparation soit comme une phobie spécifique. La Classification Française des Troubles Mentaux de L'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), quant à elle, reconnaît le refus scolaire anxieux par le terme de « phobie scolaire ». (62)

Au niveau épidémiologique, la prévalence du refus scolaire anxieux se situerait entre 0,3 et 1% de la population en âge scolaire et environ 5% de la population consultant en pédopsychiatrie. Le sex-ratio tend à évoluer et se rapprocherait d'un équilibre. (10)

Le trouble anxieux scolaire peut se produire à tout âge de l'enfance ou de l'adolescence, néanmoins trois pics de survenue sont repérables. Le premier se situe dans l'enfance entre 5 et 7 ans, le deuxième dans la préadolescence autour de 10-11 ans et le troisième dans l'adolescence entre les âges de 12 et 15 ans.

Plusieurs courants psychopathologiques s'opposent pour définir ce trouble. Certains auteurs caractérisent le trouble anxieux phobique comme une manifestation anxieuse relevant de l'angoisse de séparation alors que d'autres le définissent comme un déplacement sur l'école d'un conflit intrapsychique. Un troisième courant considère le refus scolaire anxieux comme l'aboutissement d'obstacles survenus à différents niveaux du développement de la personnalité. Dernièrement, certains auteurs l'associent à un syndrome d'inadaptation scolaire en lien avec la pression scolaire imposée par la société. (53)

Au niveau clinique, si le refus scolaire anxieux débute de façon brutale dans l'enfance, à l'adolescence son apparition semble plus insidieuse. Aux prémices, on retrouve une détresse émotionnelle majeure associée à des somatisations. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont les céphalées, les vertiges, des sueurs et les troubles gastro-intestinaux. (63) Des états d'agitation, des crises d'angoisse peuvent également s'observer. Rapidement, l'adolescent met en place diverses stratégies d'évitement et lorsqu'il est forcé pour se rendre à l'école, des manifestations comportementales à type de violence, de cris, d'agitation ou de fuite peuvent apparaître. Les passages à l'infirmerie deviennent réguliers jusqu'à ce que l'adolescent refuse catégoriquement d'aller à l'école. Certains facteurs déclenchants peuvent être retrouvés comme des difficultés relationnelles avec ses pairs ou avec ses enseignants, une absence scolaire prolongée, un changement d'établissement, ou encore des difficultés familiales. L'adolescent peut également justifier son refus scolaire par diverses rationalisations. (27)

Si le trouble anxieux scolaire peut rester strictement isolé, n'impactant pas les autres sphères de la vie de l'adolescent, bien souvent d'autres manifestations symptomatiques s'observent. Ainsi, l'adolescent peut présenter d'autres symptômes anxieux (agoraphobie, manifestations d'angoisse de séparation), des troubles du comportement (crise de colère, violence, comportement autoritaire voire tyrannique) ou des éléments d'ordre dépressif (tristesse, isolement, dévalorisation, idées noires voire idées suicidaires). Certaines caractéristiques peuvent faire craindre une forme à risque de chronicisation et doivent alerter. Il s'agit des formes apparaissant soit tardivement dans le cursus scolaire (après la 4^{ème}) ou dans l'année (après l'hiver), soit des cas où on ne retrouve pas de difficulté scolaire ou encore lorsque les premiers symptômes apparaissent de façon insidieuse ou qu'il n'y a pas d'élément déclencheur. Ces formes graves sont souvent plus résistantes avec un risque d'évolution vers la marginalisation, l'isolement social ou le développement d'autres troubles mentaux invalidants.

L'évaluation du trouble anxieux scolaire repose sur une investigation précise concernant l'adolescent et son environnement familial, scolaire et social. Un examen somatique peut également être nécessaire pour éliminer tout trouble organique pouvant expliquer les somatisations.

La prise en charge du trouble nécessite une collaboration étroite entre le médecin traitant, la pédopsychiatrie et l'école avec le médecin scolaire et l'équipe pédagogique. Les interventions thérapeutiques ont pour grands objectifs l'amendement des troubles anxieux et des symptômes

associés, la prévention d'une évolution vers la dépression et la reprise de la scolarisation. Si l'intervention ambulatoire peut être proposée au tout début des manifestations, l'hospitalisation est souvent nécessaire lorsque le trouble anxieux scolaire est bien installé. La séparation parentale constitue en effet un levier important notamment pour pouvoir évaluer les difficultés de séparation. L'hospitalisation permet également la reprise progressive de la scolarisation de l'adolescent. L'hospitalisation à domicile testée par l'équipe du Dr H. Denis au CHU Pierre-Plantade de Montpellier a, par ailleurs, montré des résultats encourageants. (64) Des psychothérapies individuelles permettant le travail sur les conflits psychiques inconscients, les difficultés de séparation et l'autonomisation par rapport aux figures parentales peuvent être proposées. Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont également montré leur efficacité. L'implication parentale dans la prise en charge psychothérapeutique de l'adolescent est par ailleurs essentielle. Un traitement médicamenteux (antidépresseur, anxiolytique) peut parfois être envisagé en seconde intention lorsque les mesures psychothérapeutiques paraissent inefficaces. Le lien avec le milieu scolaire est bien évidemment primordial pour permettre l'adaptation de la scolarité à l'adolescent et la rescolarisation progressive. Des aménagements pédagogiques comme le Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ou le Service d'Assistance Pédagogique A Domicile (APAD) peuvent être proposés. (65)

III. Les facteurs pouvant être à l'origine des difficultés scolaires de l'adolescent

Que les difficultés scolaires de l'adolescent datent de l'enfance, qu'elles soient transitoires ou durables, différents facteurs influencent leur expression. Des caractéristiques propres à l'adolescent et à son développement peuvent être à l'origine de certaines difficultés scolaires ou peuvent les aggraver. On s'intéressera dans cette partie aux difficultés propres au processus de pensée, aux troubles psychiatriques émergents à l'adolescence, aux troubles des consommations et aux conduites à risque. Enfin, on abordera les difficultés d'ordre familial et social qui peuvent perturber l'adolescent dans son développement et dans ses apprentissages. Dans une seconde partie, nous explorerons les facteurs propres au milieu scolaire pouvant impacter le bien-être de l'adolescent et/ou aggraver des difficultés scolaires déjà présentes. Nous aborderons ainsi, les facteurs qui concernent la scolarité en elle-même et les facteurs relevant de l'environnement scolaire.

III.1 Les facteurs intrinsèques à l'adolescent

III.1.1 Les difficultés de la pensée

On distingue deux formes de difficultés de pensée, le renoncement à penser et l'inhibition de pensée. (27)

Le renoncement à penser se manifeste par une étourderie, un manque de concentration de la part de l'adolescent qui correspond à un refus d'investir sa pensée propre. Il tente de se maintenir dans l'enfance en refusant le processus psychique de l'adolescence pour sauvegarder le lien parental infantile. L'investissement narcissique de la pensée n'est pas sollicité.

On différencie deux formes que sont le lien anxieux et le lien d'opposition. (53)

La forme touchant le lien anxieux s'exprime cliniquement dans une première phase par des adolescents ayant une attitude passive voire soumise associée à une inattention en classe. Le cursus scolaire est souvent laborieux et les résultats sont en dents de scie en raison de capacités

de raisonnement fluctuantes dépendantes de la charge anxieuse. Dans un second temps l'adolescent manifeste une attitude plus active. A partir de la 4^{ème}, peuvent apparaître des conduites d'évitement ou de dissimulation du travail scolaire. Ces comportements sont des tentatives de l'adolescent pour répondre au besoin de désengagement du lien parental propre à la puberté. C'est souvent à cette période, lorsque les manifestations sont plus bruyantes que la demande de soins émerge. La prise en charge doit être précoce en raison du retard voire de l'impossibilité de mise en place de la pensée réflexive qui empêche l'adolescent d'accéder à son autonomie vis-à-vis de ses parents. Le risque sur le plan scolaire est l'aggravation des difficultés déjà présentes avec une chute des résultats pouvant conduire à un adolescent en décrochage.

La forme touchant le lien d'opposition se différencie de la situation précédente par l'expression de troubles du comportement au premier plan. L'adolescent refuse toute situation de contrainte et montre souvent une attitude de toute puissance. Ces jeunes sont plus à l'aise dans l'apprentissage actif que théorique qu'ils ont du mal à investir. Ils disposent cependant de réelles capacités cognitives mais refusent la dimension passive de l'apprentissage par le verbo-conceptuel. Ils tirent souvent des bénéfices d'une orientation vers les filières professionnelles où l'apprentissage par la pratique est plus présent. Tout comme pour les cas touchant le lien anxieux, le risque de décrochage scolaire est présent. Il se traduit souvent dans cette forme par une exclusion scolaire de l'élève face à ses troubles du comportement.

L'inhibition de pensée est fortement associée à des difficultés de l'adolescent à gérer les transformations/pubertaires auxquelles il est confronté. (23) Elle s'observe en général à partir de la classe de 4^{ème}. Cette inhibition de pensée apparaît comme une défense transitoire au risque de débordement des émotions. L'adolescent est dans une maîtrise de son monde pulsionnel. La résurgence des conflits œdipiens et l'avènement de la sexualité conduisent l'adolescent à inhiber tout processus de pensée pour se prémunir contre l'émergence d'angoisses et la sexualisation de la pensée. Cette inhibition intellectuelle peut également être associée à des conduites obsessionnelles (méticulosité dans le travail scolaire) ou à des manifestations phobiques. Le fléchissement scolaire est la principale expression clinique dans le milieu scolaire de cette inhibition de la pensée. S'il n'y a pas lieu de s'inquiéter devant une telle organisation psychique qui peut être fréquente à l'adolescence et transitoire, une persistance des troubles au-delà d'une année doit conduire à une demande de soins.

III.1.2 Les troubles psychiatriques émergents à l'adolescence

La grande majorité des troubles psychiatriques débutent durant la période de l'adolescence et vont interférer avec le parcours scolaire. Les symptômes se manifestent dans toutes les sphères de la vie de l'adolescent. En milieu scolaire, ils sont particulièrement à risque d'entraver les apprentissages. Les capacités d'investissements relationnels et les processus cognitifs peuvent être particulièrement impactés.

Les troubles cognitifs et les troubles de l'adaptation scolaire sont essentiels à repérer car ils sont bien souvent des signes d'appel pouvant présager d'une évolution vers une pathologie psychiatrique. Nous allons nous intéresser dans cette partie principalement aux différents « symptômes scolaires » que ces pathologies génèrent.

III.1.2.1 La schizophrénie

Dans la schizophrénie, l'aspect scolaire est important à évaluer chez l'adolescent puisque la baisse des résultats scolaires constitue souvent un des prodromes de la maladie.

La schizophrénie touche 1% de la population générale et les études montrent une augmentation de l'incidence et de la prévalence du trouble à partir de l'âge de 15 ans. (66) Les schizophrénies à début très précoce (avant l'âge de 12 ans) représentent 20% de l'ensemble des schizophrénies à début précoce. On retrouve une prédominance masculine avec un sex-ratio de 2 garçons pour une fille.

Le tableau symptomatique étant souvent incomplet au début de la maladie, le diagnostic de la schizophrénie à cet âge reste difficile tant que les symptômes positifs (hallucinations, éléments de persécution) ne sont pas survenus. Les signes qui vont alerter à l'école, outre la baisse des performances scolaires sont un isolement, des difficultés de socialisation ou des troubles du comportement. A l'origine des difficultés scolaires qui peuvent apparaître, on observe des troubles de la volition avec perte d'intérêt et de motivation et des troubles cognitifs avec des difficultés de concentration ou une inhibition intellectuelle. Les modifications comportementales se traduisent par un repli en classe, une bizarrerie, de l'impulsivité et des troubles relationnels avec méfiance. (27) Au niveau thymique les symptômes sont aussi nombreux. On peut noter une labilité émotionnelle, des symptômes dépressifs ou une humeur fluctuante pouvant rendre difficile le diagnostic en raison de la proximité des symptômes avec le trouble bipolaire. Les symptômes anxieux sont aussi fréquemment présents pouvant faire l'objet de manifestations diverses et variées et entacher la réussite scolaire.

Un diagnostic précoce des troubles est essentiel pour éviter la rupture de l'adolescent avec son environnement et sa scolarité en lien avec les manifestations symptomatiques. La prise en charge thérapeutique vise à cibler aussi bien les troubles psychotiques, thymiques, qu'anxieux. Une chimiothérapie associant antipsychotiques, antidépresseurs et/ou thymorégulateurs est souvent proposée en fonction des symptômes présents.

III.1.2.2 Les troubles anxieux

Nous avons déjà abordé plus haut le cas du refus scolaire anxieux particulièrement préjudiciable pour la réussite scolaire. D'autres manifestations anxieuses peuvent tout autant perturber la scolarité comme le trouble anxieux phobique, l'anxiété généralisée ou les troubles obsessionnels.

L'angoisse qui réémerge au travers du processus de l'adolescence peut être particulièrement envahissante et impacter nettement l'implication scolaire des adolescents. Il s'agit souvent de jeunes qui présentent depuis la petite enfance un fond anxieux important qui va s'exacerber avec l'avènement du pubertaire. (10)

Au niveau clinique, les manifestations psychosomatiques sont fréquentes à l'adolescence. Des passages réguliers à l'infirmerie pour des plaintes somatiques (palpitations, céphalées, vertiges, nausées), voire des absentéismes doivent alerter. (27) Les comportements obsessionnels se manifestent principalement chez des adolescents avec des exigences de perfection. Ces jeunes vont investir de plus en plus de temps dans le travail scolaire pouvant aller jusqu'à se couper de toute autre activité et de leurs relations sociales. L'apparition de rituels obsessionnels et compulsifs perturbant de façon majeure la scolarité, nécessite une prise en charge psychothérapeutique.

Parmi les situations génératrices d'anxiété, les évaluations écrites ou les prises de parole en classe sont principalement représentées. Le simple fait de devoir aller à l'école peut parfois

entraîner de vives réactions d'angoisse. (67) Les troubles relationnels avec les pairs, les situations de harcèlement peuvent aussi être à l'origine de troubles anxieux voire évoluer vers une phobie sociale.

Le risque de décrochage scolaire est fortement à craindre devant des troubles qui durent dans le temps avec un adolescent qui s'absente et s'exclut de plus en plus du système scolaire.

La prise en charge thérapeutique s'articule, selon les manifestations cliniques, autour de psychothérapies individuelles et/ou de groupe. Une chimiothérapie par antidépresseurs ou anxiolytiques en fonction de l'importance des symptômes peut aussi être proposée.

III.1.2.3 Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur regroupent principalement les troubles dépressifs et les troubles bipolaires. Les périodes dépressives peuvent avoir un impact considérable et être à l'origine d'échecs scolaires, de troubles du comportement, de conduites suicidaires ou encore de troubles des consommations. (68)

Les multiples transformations auxquelles l'adolescence confronte le jeune (réémergence des conflits infantiles, second processus de séparation-individuation, remaniements des équilibres narcissiques et objectaux) rendent cette période particulièrement à risque de dépression. (10)

Les troubles dépressifs s'observent dans la scolarité de l'adolescent par un déclin scolaire. Tous les symptômes cliniques que peut provoquer la dépression peuvent se manifester dans le milieu scolaire. La tristesse, les sensations de vide ou encore la dévalorisation entachent considérablement l'estime que l'adolescent a de lui-même et sa confiance en lui. Cette perte de confiance associée aux troubles de la volition et l'anhédonie souvent présents vont impacter l'implication dans le travail scolaire de l'adolescent. (27) Parallèlement, la chute des résultats scolaires que les symptômes entraînent renforce la baisse d'estime de l'adolescent et ses sentiments de dévalorisation et d'infériorité. De plus, les difficultés de concentration, les troubles de la mémoire ou les troubles du sommeil perturbent la disponibilité de l'adolescent pour sa scolarité. Par ailleurs, la pensée douloureuse qui amène des idées noires et des idées suicidaires est souvent inhibée pour lutter contre l'effondrement. L'adolescent va ainsi restreindre ses activités et ses centres d'intérêts, ce qui peut conduire à un isolement social et à un décrochage scolaire.

Les troubles bipolaires sont eux aussi à fort risque de désinvestissement, d'échec et de désinsertion scolaire. (68) Les manifestations principalement observables sont des troubles de la concentration et de l'attention ainsi qu'une fuite des idées empêchant toutes capacités d'effort intellectuel et cognitif de l'adolescent.

De par l'impact de leurs conséquences sur la vulnérabilité de l'adolescent, la présence de ces symptômes doit conduire à une demande de soin la plus précoce possible. La prise en charge thérapeutique associe souvent des psychothérapies et des traitements médicamenteux (antidépresseurs, thymorégulateurs ou anxiolytiques). Une hospitalisation peut parfois être nécessaire devant l'importance des symptômes. Dans ces situations, une collaboration avec l'environnement scolaire (équipe pédagogique, médecin scolaire) est essentielle en vue de maintenir la scolarité de l'adolescent.

III.1.2.4 Les troubles des conduites alimentaires

Nous voulons dans cette partie principalement attirer l'attention sur l'anorexie mentale. Cette pathologie touche plus particulièrement les filles, environ 1% des adolescentes âgées de 12 à 17 ans seraient concernées. (69) La période de la puberté est la plus à risque de voir l'émergence d'une anorexie mentale devant l'avènement de la sexualisation du corps. Ce trouble serait la résultante de l'association entre le refus du corps sexué et l'immaturation des nouveaux processus de pensée qui émergent à l'adolescence.

Cliniquement, les manifestations les plus retrouvées sont des troubles du comportement alimentaire à type de restriction, d'évitement de certains aliments, de refus de s'alimenter voire de conduites de purge (vomissements provoqués, prise de laxatifs). (47) On note une perte de poids importante en peu de temps avec un IMC fréquemment inférieur à 17,5kg/m² et une hyperactivité physique (sport en excès). La dysmorphophobie est également caractéristique du trouble avec des adolescents qui ne parviennent pas à reconnaître leur maigreur, se percevant toujours "trop gros". Au niveau psychologique, l'anorexie mentale s'accompagne en plus des troubles de la perception de soi, d'une forte dévalorisation et d'un désir de perfection à tout prix. Au niveau scolaire, on observe en conséquence un hyperinvestissement scolaire. (70) Cette hyperintellectualisation permet ainsi aux adolescents de contrôler leur monde pulsionnel.

Le retard au diagnostic est fréquent malgré, souvent, la capacité de l'entourage à remarquer la perte de poids du jeune. Dans ces situations, l'hyperinvestissement scolaire agit, à défaut, comme un facteur rassurant pour les parents et les enseignants qui interprètent cela comme un signe que l'adolescent va bien. (27) Il est donc primordial de prêter attention aux situations d'hyperinvestissement scolaire des adolescents notamment lorsqu'elles s'associent à une rigidité de la pensée et à un besoin de maîtrise de son environnement. En effet, le retard au diagnostic peut être lourd de conséquences en raison des nombreuses complications à la fois somatiques qu'entraînent l'anorexie mais également de par ses manifestations psychiques. Si 50% des personnes soignées à l'adolescence guérissent et un tiers sont améliorées, 21% souffriront de troubles chroniques et 5% en décèderont. Dans 27% des cas, c'est le suicide qui sera à l'origine du décès d'où la nécessité d'une prise en charge psychiatrique.

III.1.2.5 Les troubles du comportement

Les troubles du comportement que l'on observe chez l'adolescent sont principalement des conduites d'opposition, d'intolérance à la frustration, des manifestations d'agressivité ou de l'agitation. (10)

Des conduites d'inhibition peuvent parfois être observées. On en décrit 3 formes différentes qui sont :

- L'inhibition familiale : il s'agit souvent d'adolescents qui n'ont pas appris les règles de défense nécessaires à la vie en société et qui s'inhibent et s'isolent par gêne.
- L'inhibition obsessionnelle : l'adolescent met en place de nombreux rituels pour lutter contre un investissement intellectuel douloureux. Il a tendance à fuir la relation aux autres ne se sentant pas à l'aise.
- L'inhibition en raison d'une efficacité intellectuelle : ces adolescents présentent un QI dans les zones subnormales (entre 75 et 85) ce qui se traduit à la fois par des difficultés dans les apprentissages scolaires et dans la compréhension des interactions sociales. Cela les conduit en milieu scolaire à s'isoler ou à se tourner vers des camarades plus jeunes. (27)

Il est important de repérer ces adolescents inhibés souvent très isolés dans le milieu scolaire car ils peuvent, de par leur attitude, se retrouver aisément la cible de harcèlement par leurs pairs. Au niveau médical, la prise en charge est essentiellement psychothérapeutique, soit groupale (groupe d'affirmation de soi notamment), soit individuelle (TCC dans les cas où des manifestations obsessionnelles sont présentes par exemple).

L'instabilité d'un adolescent signe, en général, des difficultés d'adaptation. En classe, elle doit également faire évoquer un trouble des apprentissages. L'agitation de l'adolescent est souvent réactionnelle et exprime à la fois le sentiment de détresse de l'adolescent et son moyen pour y

remédier. Il s'agit afin de ne plus penser. Il est important dans ces circonstances de pouvoir prendre en charge les facteurs à l'origine de l'agitation qui peuvent être d'ordres très divers (éducatif, familial, environnemental, intellectuel, médical, etc).

Les comportements agressifs peuvent relever de troubles des conduites tout comme les conduites d'opposition ou d'intolérance à la frustration. Ils correspondent dans leur définition à "l'ensemble des conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui, et les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet". (47) Les manifestations cliniques regroupent des agressions envers des personnes ou des animaux, la destruction de biens matériels, des vols et des violations du cadre et des règles. Ces troubles seraient en augmentation depuis les dernières décennies dans le milieu scolaire et plus fréquents dans les milieux les plus défavorisés. (41) La prévalence est très variable selon les études et on note une prédominance masculine nette (6 à 16% des garçons de moins de 18 ans contre 2 à 9% des filles). Dans le milieu scolaire, ce sont les violences envers les pairs voire envers les personnels de l'institution et les comportements d'opposition avec insolence, refus de travailler ou d'assister aux cours qui vont alerter. On constate souvent chez ces adolescents des défaillances dans le processus identificatoire avec des tentatives de se maintenir dans la position de toute puissance de l'enfance pour échapper aux remaniements psychiques propres au pubertaire. Aux désordres d'ordre développementaux s'associent bien souvent des dysfonctionnements éducatifs, les parents étant également en difficulté au domicile pour gérer les troubles du comportement de leur enfant.

Les dispositifs relais (ateliers ou classes relais) proposés par l'établissement sont souvent d'une grande aide face à ces troubles pour répondre au besoin d'attention de l'adulte permanent qu'exprime l'adolescent.

Par ailleurs, les adolescents étant sur un fonctionnement limité peuvent également présenter ces troubles du comportement avec une intolérance à la frustration, une demande exacerbée d'attention et des conduites d'opposition avec difficultés à accepter le cadre scolaire. Pour ces jeunes l'expression de ces conduites trouve son origine dans des angoisses massives d'abandon et d'intrusion. (23) Ces adolescents en insécurité ont, en effet, la plus grande peine à adopter les bonnes distances relationnelles. Ces jeunes tirent généralement bénéfice d'un accompagnement psychologique.

III.1.2.6 Les troubles des consommations et les addictions

L'usage régulier de substances psychoactives est rare avant 15 ans. Les consommations concernent principalement les grands adolescents. Les substances les plus consommées sont l'alcool, le tabac et le cannabis. Si leur consommation est en baisse en France ces dernières années, les jeunes consommateurs français sont cependant plus nombreux que dans la majorité des autres pays de l'OCDE selon les résultats de l'enquête HBSC 2018. (40)

L'alcool reste la substance la plus fréquemment consommée. A 11 ans, 39% des garçons et 25% des filles ont déjà consommé une boisson alcoolisée. Ils sont 70% à 15 ans. Le niveau d'expérimentation des ivresses est cependant moins important que les autres pays européens (15,3% des garçons et 10,7% des filles âgés de 15 ans). Les consommations sont majoritairement le week-end et en groupe, et ils restent peu nombreux à boire lorsqu'ils sont tristes ou seuls. (71) Concernant la consommation de tabac, 33% des jeunes de 15 ans déclarent avoir déjà fumé et 17,6% à l'avoir fait au cours du mois. On ne retrouve pas de différence de consommation selon le sexe.

En ce qui concerne les consommations de drogues illicites, la plus représentée est le cannabis. Ils sont 16,5% parmi les jeunes âgés de 15 ans à en avoir déjà consommé, les garçons étant davantage consommateurs.

Si les effets visés sont majoritairement festifs lors de consommations en groupe et associés à une quête de l'expérimentation, un certain nombre d'adolescents déclare cependant rechercher des effets anxiolytiques, pour être « moins nerveux », « plus calme ». (27) Dans ce dernier cas, il n'est pas rare que les consommations soient associées à d'autres troubles psychiques d'ordres anxio-dépressifs. Des associations entre consommation de psychotropes et troubles des conduites sont également retrouvées. Ce sont ces troubles associés par leur retentissement qui sont le plus à risque de faire apparaître des difficultés dans la scolarité de l'adolescent.

De plus, il est nécessaire de ne pas confondre les différents niveaux de consommation. L'adolescence étant une période riche en expérimentations et en recherche de sensations, c'est ici la chronicisation du comportement et les raisons qui y ont conduit qu'il s'agit de particulièrement prendre en charge. Le CSAPA est souvent une bonne orientation pour accompagner ces jeunes.

Ces dernières années, une nouvelle forme d'addiction, celle aux écrans et aux jeux vidéo fait débat dans la société scientifique, tout comme dans la population générale. Le temps passé devant les écrans ainsi que la confrontation des enfants et des adolescents à des images violentes, via les jeux ou les vidéos, est source de multiples inquiétudes. (72) Les études sur le sujet sont encore récentes mais l'influence que le temps passé sur écran a sur les difficultés scolaires semble très nette. Elle concerne aussi bien les apprentissages (retard d'acquisition) que le comportement que ces jeunes adoptent par rapport au travail scolaire (refus de faire les devoirs, troubles de la concentration) et par rapport aux adultes (intolérance à la frustration, attitude d'opposition). Les relations sociales sont également fortement entachées par ce phénomène allant du cyberharcèlement à l'isolement complet de certains adolescents pour jouer.

III.1.3 Le milieu socio-familial

L'environnement familial, social, culturel et économique dans lequel vit l'enfant peut plus ou moins fortement impacter sa scolarité. (37)

La famille est l'environnement prédominant dans lequel vit l'adolescent depuis sa naissance. La place qu'il y occupe dépend à la fois de l'imaginaire parental (l'enfant fantasmé dans le désir d'enfant des parents) et de la façon dont il se moule à cet imaginaire en fonction de sa personnalité et de ses capacités. Cette place est également sujette à la dynamique familiale en constante évolution (présence de frères et sœurs, séparation parentale, famille recomposée, etc).

Les interactions familiales sont un élément clé du bon développement et l'ambiance familiale joue un rôle important. Un climat familial délétère en lien avec des conflits parentaux, une séparation du couple, des pathologies touchant les parents, des négligences ou des maltraitances impactent fortement la disponibilité de l'adolescent pour les apprentissages. (27)

La qualité des relations affectives au sein de la famille est principalement dépendante des compétences parentales. L'adolescence renvoie le jeune à des ambivalences profondes où il doit trouver un équilibre entre le besoin de l'autre et le besoin d'autonomie. (73) Dans les cas où les parents ne sont pas en capacité de répondre aux besoins de leur enfant, le bon développement psychosocial, affectif et cognitif de l'adolescent peut se retrouver fortement entravé. La recherche de maltraitances (physiques, psychiques, sexuelles) ou de négligences (affectives, éducatives) ne doit ainsi pas être ignorée devant des difficultés scolaires. L'adolescent prend modèle par identification auprès des personnes qui l'entourent et par conséquent, des violences

observées ou vécues dans son quotidien peuvent ressurgir à l'école. Le lien entre maltraitance et résultats scolaires peut s'expliquer en partie par la perturbation des processus de développement tels que l'attachement, la régulation des émotions et le respect de l'autorité. (27)

Un parent ayant une pathologie psychiatrique ou somatique peut également être source de symptômes (anxiété, perte de repères) chez l'adolescent qui se retrouve, de par la maladie, dans l'incapacité de pouvoir s'appuyer de façon stable et continue sur le parent malade.

Le retentissement du milieu socio-économique dans lequel grandit l'adolescent est contrasté. Si les résultats de l'étude de Guimard et al. en 2017 (74) montrent un niveau de satisfaction scolaire des élèves faiblement lié aux catégories socio-professionnelles des parents, dans les situations de précarité, la qualité de vie scolaire de ces adolescents semble cependant plus altérée. (75) Un rapport du Conseil National d'Évaluation du Système Scolaire (Cnesco) concernant « Le bien-être à l'école des élèves en situation de précarité » datant de 2016 faisait état d'un bien-être à l'école moindre des jeunes provenant de milieux défavorisés. Ils appréciaient notamment moins l'école et avaient plus de difficultés d'intégration que les élèves provenant de milieux favorisés. (76) Les pratiques éducatives des parents sont souvent très en lien avec l'environnement socio-économique auquel ils appartiennent. Ainsi, leur investissement dans les apprentissages scolaires, à travers l'aide aux devoirs mais aussi les différentes activités (sport, musique, activités culturelles) qu'ils proposent à leurs enfants influencent les jeunes dans leur envie d'apprendre. A contrario la place des écrans, qui suscite beaucoup d'inquiétudes auprès des professionnels à l'heure actuelle, peut considérablement retarder les acquisitions scolaires. La culture de la famille de l'enfant peut également avoir un impact sur sa scolarité. Si en France, l'école est obligatoire de 3 à 16 ans, certaines familles de par leurs traditions et leurs divergences culturelles n'y voient pas forcément une utilité pour l'apprentissage d'un futur métier et pour une intégration dans la société. Par ailleurs, la stimulation aux apprentissages est souvent tributaire du niveau de scolarité des parents. Il sera, ainsi, plus aisé pour des parents ayant fait des études d'accompagner leur enfant dans sa scolarité que pour des parents ne parlant pas français ou ayant un bas niveau cognitif.

III.2 Les facteurs liés à l'environnement scolaire

Si comme on a pu l'observer, l'état de santé psychique de l'adolescent, ses capacités cognitives et intellectuelles mais aussi le milieu socio-familial dans lequel il vit influencent sa scolarité, le processus inverse est également observable. Ainsi, tous les facteurs de l'environnement scolaire de l'adolescent vont impacter non seulement ses performances mais également son bien-être physique et psychique. Dans cette partie nous allons nous intéresser aux multiples éléments du milieu scolaire pouvant retentir sur le développement physique, psychique, intellectuel, culturel et social de l'adolescent.

III.2.1 Les facteurs liés l'enseignement scolaire

III.2.1.1 Le travail scolaire

En France, les adolescents sont de plus en plus nombreux à déclarer une charge de travail scolaire importante, des exigences scolaires élevées et un stress important en lien avec la scolarité. Les résultats de l'enquête HBSC 2018, nous apprennent que ce phénomène s'observe également dans la majorité des autres pays d'Europe. (3)

Le stress en lien avec le travail scolaire augmente, de plus, avec l'âge passant de 26% à 11 ans à 44% à l'âge de 15 ans. On observe une nette prédominance féminine, les filles étant 51% à se déclarer assez ou beaucoup stressées par le travail scolaire contre 38% des garçons âgés de 15

ans. Ce phénomène semble cependant moins toucher les élèves français que leurs voisins puisqu'ils sont 31% à déclarer un stress en lien avec le travail scolaire (contre 44% pour la moyenne des pays de l'OCDE). Par ailleurs, l'enquête « Consultation Nationale des 6/18 ans » d'Unicef France relevait que 67% des élèves de 6 à 18 ans décrivaient être angoissés de ne pas réussir suffisamment bien à l'école. (77)

Le milieu social d'où provient le jeune semble par ailleurs jouer un rôle. (27) Les adolescents provenant de familles favorisées socialement sont plus nombreux à déclarer un stress en lien avec le travail scolaire. La pression sociétale concernant la réussite scolaire et professionnelle explique probablement cette différence. Les exigences fortes et ambitieuses des familles favorisées pour leurs enfants ciblent plus particulièrement les disciplines intellectuelles. Elles influencent ainsi les choix et l'implication scolaire des adolescents pouvant les conduire à choisir les parcours scolaires les plus estimés dans l'imaginaire sociétal et parental. Certains élèves peuvent ainsi s'estimer contraints dans le choix de leur cursus scolaire, leurs décisions étant plus guidées par leurs résultats scolaires, les appréciations des enseignants et les idéalizations parentales plutôt que par leurs envies. Dans les familles les moins favorisées socialement, la réussite scolaire occupe une importance moindre et n'est pour eux pas forcément gage d'un accès à l'emploi. En effet, il est plus fréquent que les parents n'aient pas fait d'études supérieures, exercent des professions manuelles voire n'aient pas de qualifications professionnelles ou ne travaillent pas. L'augmentation du taux de chômage chez les jeunes diplômés cette dernière décennie vient par ailleurs renforcer les positions défendues par ces parents quel que soit le milieu socio-économique dont ils dépendent. L'enquête PISA 2018 fait également état d'un lien plus marqué en France par rapport aux autres pays de l'OCDE entre le statut socio-économique de l'adolescent et ses performances scolaires. De plus, les élèves provenant d'un milieu défavorisé sont plus nombreux à déclarer des ambitions moindres que ce que leur permettraient leurs résultats scolaires et à ne pas vouloir faire d'études supérieures. (37)

Les pédagogies utilisées influencent également l'implication des élèves dans leur scolarité et leur réussite. Comme déjà exposé plus haut, les élèves mis à mal par les apprentissages verbo-conceptuels seront plus en difficulté dans les filières générales. Que ce soit par envie ou parce qu'ils se retrouvent en échec scolaire, ils finiront très fréquemment par être orientés vers des filières courtes après le collège. Le mal-être de ces jeunes dans ce système scolaire qui ne parvient pas à faire valoir leurs capacités est source d'une perte d'estime et de confiance en eux pouvant les mener à des conduites de décrochages scolaires. Certains parents font aussi le choix de scolariser leurs enfants en difficulté dans le système classique dans des écoles aux pédagogies alternatives.

III.2.1.2 Les relations aux enseignants

Les relations aux enseignants ont une influence sur la façon dont l'adolescent va percevoir les apprentissages et la manière dont il va s'impliquer dans son travail scolaire. (75) Il n'est pas rare que certains adolescents travaillent plus certaines matières non en lien avec l'utilité qu'elles auront pour leur avenir mais en raison de la façon dont les professeurs les enseignent et la relation qu'ils entretiennent avec eux.

La France est l'un des pays où les adolescents ressentent le moins de soutien de la part de leurs professeurs. 57% seulement d'entre eux déclarent que les professeurs s'intéressent aux progrès de chaque élève, contre 70% pour la moyenne des pays de l'OCDE. Ils sont aussi moins de 25% à déclarer que les enseignants leur expriment leurs points forts et moins de 40% à déclarer que les professeurs leur expliquent comment s'améliorer. (37)

L'ambiance dans les salles de cours et la discipline qu'impose les enseignants sont également jugées plus durement par les élèves français. Ils sont la moitié à déclarer qu'il y a trop de bruit et de désordre dans la plupart voire dans la totalité des cours. De plus, environ 40% des élèves français déclarent que ces troubles leur font perdre du temps pour les apprentissages, contre environ 25% en moyenne des élèves des autres pays de l'OCDE.

Un autre aspect de la relation à l'enseignant fréquemment évoqué par les élèves concerne le sentiment d'injustice concernant la manière dont ils sont traités. (78) Ainsi, 30% des élèves français se sentent en situation d'injustice à l'école. Le nombre d'élèves qui considèrent que les professeurs ne se préoccupent pas d'eux a tendance à diminuer au fur et à mesure que le niveau augmente. L'Éducation Nationale semble de plus en plus prendre en considération le ressenti de ces élèves dans les dernières mesures qu'elle porte. La loi d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République du 8 juillet 2013 amène la notion de bienveillance à l'égard de l'enseignement et du climat scolaire. Dans la pratique pédagogique, il s'agit d'accompagner au mieux l'élève dans les apprentissages, à son rythme et selon ses compétences. (45) Par ailleurs, il est maintenant défini dans les prérogatives des enseignants l'importance de privilégier une approche différenciée et individualisée de l'apprentissage pour les élèves qui présentent des difficultés scolaires.

Il est, par ailleurs, établi par les données de la littérature internationale que les élèves apprennent mieux lorsqu'ils se sentent valorisés et que les relations aux enseignants sont de qualité. Lorsque l'attitude des enseignants face aux élèves est chaleureuse et encourageante, les élèves décrivent une meilleure estime d'eux-mêmes, présentent moins de symptômes psychosomatiques et sont plus amènes d'aller solliciter les adultes en cas de difficultés. Les situations de violence et de harcèlement sont également moins retrouvées. (78)

III.2.2 Facteurs liés au climat scolaire

Le climat scolaire dans les établissements d'enseignement scolaire est aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique. (79) En France comme à l'international la corrélation entre l'environnement scolaire et les performances scolaires existe. La notion de climat scolaire inclut une dimension collective et pas seulement l'accumulation de jugements individuels. Elle reflète la qualité de vie à l'école. (75) Créer un climat scolaire inclusif et protecteur implique à la fois les élèves, l'ensemble des personnels de l'établissement et les parents d'élèves. Ainsi, un bon climat scolaire résulte tout autant du bien être des élèves que de celui des enseignants et autres acteurs travaillant dans l'école. Les données de la littérature montrent que les principales variables sous-tendant le climat scolaire sont l'ensemble des relations, l'enseignement et l'apprentissage, la sécurité, l'environnement physique et le sentiment d'appartenance à l'établissement.

La notion de "justice scolaire" est également primordiale dans le ressenti des élèves quant au climat scolaire. Les études montrent que le manque de clarté des règles et une injustice dans leurs applications se placent juste derrière l'instabilité de l'équipe enseignante comme facteurs explicatifs des violences scolaires. (78) Le maintien du cadre et sa cohérence par l'Institution apparaissent donc comme des piliers dont les adolescents ont besoin pour se sentir en sécurité dans leur école.

Le nombre d'élèves dans l'établissement semble, de plus, relié au climat scolaire. Cet aspect paraît cependant ne concerner que les établissements des milieux socio-économiques défavorisés. Le regroupement d'élèves en difficultés dans la même classe est tout autant source d'une augmentation des violences scolaires. Il convient donc pour les chefs d'établissement de lutter

contre ces organisations de classes par niveaux pour favoriser une plus grande hétérogénéité. Si, comme nous avons pu le voir précédemment, la qualité des relations entre enseignants et élèves est essentielle, les relations entre enseignants influencent aussi le climat scolaire. Des relations et un soutien perçu de qualité entre tout le corps enseignant et le personnel administratif de l'établissement seront associés à un meilleur investissement des professeurs dans leur travail, dans leur implication au sein de l'école et à moins d'absentéisme. De plus une équipe pédagogique soudée dans les décisions et l'organisation qu'elle impose permet d'apporter aux adolescents le sentiment de sécurité et de contenance nécessaire à leur bon développement. La qualité du climat scolaire aurait aussi un effet bénéfique sur l'état de santé mentale des élèves et serait associé à moins de conduites à risque et de faits de violence. Le lien entre harcèlement entre pairs à l'école et climat scolaire a particulièrement été étudié. 5 à 6% des élèves de primaire et de collège déclarent des multivictimations pouvant s'apparenter au harcèlement. (78) Au lycée, ils sont 1,7% des garçons à faire les mêmes déclarations et 1% des filles. (80) (81) La présence et l'intervention d'adultes dans le cadre de harcèlement est primordiale. En effet, on note que la présence d'adultes visibles et attentifs dans la cour ou dans les couloirs est un facteur permettant d'éviter les situations de violence. L'importance d'impliquer chacun dans la lutte contre le harcèlement est un facteur clé. Les études montrent, ainsi, que les témoignages des témoins de harcèlement ont un impact plus important sur l'arrêt des violences que ceux des victimes elles-mêmes.

Enfin, le climat scolaire met également en jeu l'implication des parents d'élèves dans la vie de l'établissement tout autant en ce qui concerne les projets pédagogiques qu'en ce qui concerne les ateliers extra-scolaires proposées (sport, musique, théâtre, méditation, etc).

L'amélioration du climat scolaire est donc l'affaire de tous, enseignants, personnels de l'administration, parents, élèves voire également des partenaires extérieurs.

Dans ce sens, les dernières mesures du ministère chargé de l'Éducation Nationale proposent sept axes visant à améliorer le climat scolaire :

- Les stratégies d'équipe qui reposent sur des projets communs,
- La justice sociale en milieu scolaire,
- La prévention et la gestion des violences et du harcèlement,
- La pédagogie et les coopérations,
- La coéducation,
- Les pratiques partenariales,
- Et la qualité de vie et le bien-être à l'école.

Partie 3 : Étude de l'influence du vécu scolaire sur l'état de santé psychique des adolescents de la région Poitou-Charentes

I. Contexte

Si la majorité des jeunes souffrant de troubles psychiques finit par être adressée vers les structures adaptées, leur orientation reste encore trop souvent tardive faisant suite à la fois à un retard dans le dépistage des troubles et à des mauvaises orientations ou des orientations qui ont tardé.

L'idée de ce travail est venue du constat que l'accès aux soins pédopsychiatriques aux adolescents en difficultés intervenait trop souvent de façon tardive après plusieurs visites à l'infirmier scolaire et des plaintes psychiques présentes depuis déjà plusieurs mois voire plusieurs années. La présence de symptômes plus bruyants comme des troubles du comportement à type de violence ou des abus de substances psychoactives répétées sont autant d'évènements qui peuvent également s'observer. Encore trop souvent, c'est la déscolarisation qui conduit les jeunes à venir consulter, leur mal être n'ayant jusqu'alors pas été suffisant pour les amener à toquer à notre porte. La stigmatisation de notre spécialité, très ancrée dans la société, retarde la prise en charge de ces adolescents en difficultés qui ne semblent attirer l'attention des adultes les entourant qu'au moment où leur état de santé est tel qu'il impacte la poursuite de la scolarité. L'adolescent, sa famille et l'équipe scolaire se retrouvent rapidement désemparés face à l'absentéisme scolaire qui semble à leurs yeux surgir brutalement et sans prémices. Si depuis plusieurs années maintenant, le bien-être des élèves à l'école est enfin au centre des préoccupations politiques publiques en matière d'éducation, les soins pédopsychiatriques doivent également s'associer à cette lutte pour l'amélioration du climat scolaire et permettre à l'adolescent un bon vécu de sa scolarité.

L'idée que la pédopsychiatrie puisse franchir le pas des établissements scolaires émerge pour pouvoir accompagner les personnels scolaires à repérer plus précocement ces jeunes en difficulté, en vue d'intervenir avant qu'il n'y ait rupture avec la scolarité.

Le but souhaité de ce travail est d'évaluer l'impact du vécu scolaire sur l'état de santé mental des adolescents indépendamment de la qualité de leurs relations familiales. Nous cherchons à mettre en évidence des déterminants scolaires susceptibles de repérer plus précocement les élèves en difficultés et qui nécessiteraient un accompagnement sur le plan psychique.

II. Choix méthodologique de l'étude

Ce travail est réalisé à partir des données de l'étude Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012. (82) Le choix d'analyser les données de cette enquête plutôt que de créer une nouvelle étude se justifie principalement par la possibilité de disposer d'un nombre important de données recueillies à l'aide d'une méthode standardisée, validée et reproductible. De plus l'enquête Ados 15 ans Poitou Charentes 2012 reprend en grande partie la méthodologie de l'enquête HBSC. HBSC est une enquête internationale particulièrement reconnue et dont les données sont exploitées dans le monde entier. Le réseau international HBSC comprend un grand nombre de chercheurs de différentes disciplines, sociologues, psychologues, pédagogues, médecins et statisticiens. Ce large éventail d'expériences et de connaissances permet une véritable approche

transdisciplinaire dans le domaine de la santé des adolescents, à la fois d'un point de vue scientifique mais aussi méthodologique.

III. Objectifs

Les objectifs de notre travail sont :

- **Objectif principal** : Évaluer ce qui différencie sur le plan psychique les élèves ayant un bon vécu scolaire de ceux en insatisfaction scolaire.
- **Objectif secondaire** : Établir quelle(s) variable(s) évaluant le vécu scolaire a/ont le plus d'influence sur la santé psychique des adolescents.

IV. Matériel et Méthodes

IV.1 Type d'étude

L'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012 est une étude épidémiologique et transversale réalisée en partenariat avec l'ORS, le Rectorat de Poitiers, l'association Relais 17, le laboratoire de santé publique de la Faculté de Médecine de Poitiers et HBSC France. La population cible de cette enquête était les élèves âgés de 15 ans (+/-6mois) scolarisés en Poitou-Charentes.

L'objectif de cette enquête est une meilleure connaissance de l'état de santé, des comportements, des ressentis et des modes de vie des adolescents de l'Académie de Poitiers. Cette étude visait également à explorer la satisfaction scolaire des élèves et les liens avec leurs relations sociales aux pairs et aux adultes.

IV.2 Population d'étude

IV.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les établissements inclus sont des établissements sous tutelle du ministère de l'Éducation Nationale, dans le secteur public ou privé. Les élèves des Établissements Régionaux d'Enseignement Adapté (EREA), des établissements expérimentaux, des collèges et lycées climatiques sont inclus.

Les établissements ne relevant pas du ministère de l'Éducation Nationale, les établissements privés hors contrat, les établissements situés hors de l'Académie de Poitiers sont exclus. De même sont exclus, les élèves incarcérés, les élèves relevant du CNED ou ceux scolarisés à l'hôpital ou à domicile.

De plus, afin d'éviter de sélectionner des classes contenant trop peu d'élèves, certains établissements du second degré sont exclus :

- Les structures comportant moins de cinq élèves parmi les niveaux de formation retenus,
- Les structures comportant moins de cinq élèves âgés de 15 ans parmi les niveaux de formation retenus même si l'effectif est supérieur à 5,

- Les établissements du second degré comportant une seule division ou classe entrant dans le champ de l'enquête (deux classes par établissement du second degré doivent être tirées).

De plus, seuls les élèves âgés de 15 ans (+/-6mois) étaient inclus dans cette enquête.

IV.2.2 Taille de l'échantillon

Les élèves de Poitou-Charentes scolarisés dans les établissements du second degré totalisent environ 2,8% des élèves de France métropolitaine selon les données RERS (Repères et Références Statistiques). Afin d'obtenir un nombre suffisant d'élèves pour que l'échantillon de la région Poitou-Charentes soit représentatif de la répartition des élèves dans l'Académie de Poitiers, l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012 s'est basée sur les mêmes données statistiques et a visé une population cible de taille similaire à celle de l'échantillon HBSC Poitou-Charentes 2009-2010. 98 établissements de Poitou-Charentes ont donc été tirés au sort. Une liste nominative des élèves de 15ans (+/-6mois) scolarisés dans les établissements sélectionnés a été dressée par le ministère de l'Éducation Nationale. C'est ainsi 1235 élèves qui se sont vus proposer de répondre à cette étude. Après élimination des questionnaires non valides l'enquête comptait 923 élèves.

IV.3 Méthode de sondage

L'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012 reprend la méthode de sondage par échantillonnage en grappes suivant les recommandations internationales de l'enquête HBSC. Il s'agit d'un tirage à deux degrés, l'établissement scolaire étant le premier degré et les classes (grappes d'élèves) le deuxième. Tous les élèves des classes tirés au sort étaient interrogés. L'unité statistique est l'élève.

Ainsi 98 établissements de la région ont été tirés au sort puis une sélection nominative a été effectuée par les services statistiques du ministère de l'Éducation Nationale. 90 établissements parmi ceux sélectionnés ont participé à l'étude avec un nombre théorique de 1235 élèves répartis dans les classes de 3ème, 3ème SEGPA, seconde générale et seconde professionnelle.

IV.4 Mode de recueil

L'enquête Ados 15 ans reprend le questionnaire de HBSC France. Il comportait 88 questions qui évaluaient huit thèmes différents.

Les questionnaires utilisés étaient anonymes, auto-administrés sur table et remplis en classe sur le temps scolaire en présence d'un personnel de santé de l'Éducation Nationale.

La passation a eu lieu en juin 2012 et la durée de passation était d'environ 45 minutes.

IV.5 Données recueillies

IV.5.1 Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012

L'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012 est basée sur le questionnaire de HBSC France. Les thèmes abordés par l'enquête HBSC sont le statut socio-économique des familles, l'environnement affectif et familial, les relations avec les pairs, le vécu scolaire, l'état de santé ressenti, la puberté et les comportements sexuels, les violences agies et subies, les activités

quotidiennes physiques et sportives ainsi que la nutrition et la consommation de produits psychoactifs.

La majorité des thèmes évalués par l'enquête HBSC France 2009-2010 était reprise auxquels s'ajoutaient notamment des questions évaluant la santé psychique des adolescents. Le questionnaire se composait de 88 questions réparties en huit catégories différentes. Étaient ainsi recueillis la présentation du répondeur, l'activité physique, les consommations, le vécu dans l'établissement scolaire, les brimades et les violences, la famille, la santé et la sexualité. Des questions relatives au suicide et aux automutilations ont notamment été ajoutées puisqu'un des objectifs de cette étude concernait l'évaluation du risque suicidaire chez les adolescents. (Voir Annexe 2)

IV.5.2 Pour notre recherche

Pour répondre aux objectifs que nous nous sommes fixés, nous avons choisi de sélectionner uniquement une partie des données recueillies par cette étude.

Ce travail s'intéressant à l'impact du vécu scolaire sur l'état psychique des adolescents indépendamment de la qualité des relations familiales, nous avons dans un premier temps divisé l'échantillon en fonction de leurs interactions familiales. Pour se faire, nous avons retenu la question interrogeant la qualité de dialogue des élèves avec un parent.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux différentes variables permettant d'évaluer le vécu scolaire, en lien avec l'enseignement, collectées dans cette enquête et nous avons retenu cinq dimensions distinctes. Les données sélectionnées pour évaluer le vécu scolaire sont les résultats scolaires, l'affection pour l'école, le sentiment que les professeurs les traitent de manière juste, le sentiment que leurs professeurs sont bienveillants et les exigences scolaires perçues.

Enfin, pour évaluer la santé psychique des adolescents, nous nous sommes basés sur la grille de Gervais et Marcelli qui permet de détecter les adolescents en souffrance (voir Annexe 3). Nous avons ainsi retenu les données évaluant les troubles du sommeil, la perception que les adolescents avaient de leurs corps, les troubles psychosomatiques, les troubles somatiques, les troubles affectifs, le stress en lien avec le travail scolaire, les troubles du comportement, les consommations de produits psychotropes et les données évaluant les idéations et comportements suicidaires.

IV.6 Analyses statistiques

IV.6.1 Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012

Le nettoyage de la base a été réalisé à partir du programme de nettoyage fourni par HBSC France. Pour le nettoyage des questions ajoutées, des principes de nettoyage ont été fixés par le groupe de travail régional à l'origine de l'étude.

IV.6.2 Pour notre recherche

Nous nous sommes servis pour notre recherche des bases de données nettoyées telles que fournies par l'ORS Poitou-Charentes ayant participé à la réalisation de l'étude Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012. Notre travail s'est limité à l'analyse des données en vue de répondre à nos

différents objectifs. Les analyses statistiques ont été réalisées par le Professeur Pierre Ingrand de l'Université de Poitiers.

Dans un premier temps, pour ajuster la variable familiale, nous avons séparé l'échantillon de l'étude en deux groupes distincts.

- Un groupe d'élèves où les relations familiales sont bonnes (« dialogue avec un parent facile ») : nommé F+ dans la suite du document pour faciliter la lecture
- et un groupe d'élèves où les relations familiales sont de mauvaise qualité (« dialogue avec un parent difficile ») : nommé F-.

Pour répondre à notre premier objectif, nous avons convenu de **définir le vécu scolaire selon 5 dimensions** :

- L'affection pour l'école,
- Les résultats scolaires,
- Les exigences scolaires perçues,
- Le sentiment que les enseignants les traitent de manière juste
- Et le sentiment que les enseignants sont bienveillants/gentils.

Le vécu scolaire était coté de 0 à 5, chaque variable cotant 1 si vécu positif ou 0 si vécu négatif. On considère comme **bon vécu scolaire un score égal ou supérieur à 3** et un **mauvais vécu scolaire un score inférieur ou égal à 2**.

De la même manière, les symptômes psychiques étaient cotés en fonction de leur présence ou de leur absence.

Nous avons fait le choix de coter les troubles psychiques **par thèmes** plutôt que par une cotation globale. (Voir Tableau 5).

Chaque symptôme présent cotait 1.

Pour les troubles du sommeil, **un score supérieur ou égal à 4** définit la présence de **troubles du sommeil invalidants**.

Concernant les **troubles de l'alimentation**, seule la perception qu'avait l'adolescent de son corps pouvait être évaluée, **cotant 1 s'il se considérait comme trop gros ou trop maigre**, 0 si s'il considérait être au bon poids.

Pour les **troubles somatiques** un **score supérieur ou égal à 3** indiquait la présence de **troubles somatiques invalidants**.

Le **syndrome de plaintes psychosomatiques** était défini par la présence, au moins une fois par semaine, **d'au moins 2 symptômes** parmi les troubles somatiques (maux de tête, de ventre, de dos, étourdissements), le sentiment de déprime, la nervosité et l'irritabilité.

On a estimé la présence de **troubles affectifs marqués** si le **score de cotation était supérieur ou égal à 3**.

Les **troubles scolaires** étaient évalués en fonction de la **présence de stress lié au travail scolaire**.

On notait des **troubles du comportement** en cas de **score supérieur ou égal à 1**.

Une **consommation pathologique de produits psychoactifs** était définie devant un **score supérieur ou égal à 3**.

La présence **d'idéations et comportements suicidaires** était cotée en cas de **score supérieur ou égal à 1**.

Les analyses statistiques réalisées en vue d'estimer pour la variable du vécu scolaire global son association aux symptômes psychiques consistaient en des analyses univariées réalisées à l'aide du Chi 2 ou du test de Fisher. Le seuil de signification était fixé à 5%.

Notre deuxième objectif était de mettre en évidence la/les variable(s) la/les plus associée(s) à des symptômes psychiques. Dans ce sens, une analyse multivariée de ces données a été réalisée pour mettre en évidence la variable du vécu scolaire la plus corrélée à des symptômes psychiques.

IV.7 Validation de la recherche

Toutes les données dont nous nous sommes servis pour notre recherche proviennent des bases de données de l'ORS Poitou-Charentes pour l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012. Cette enquête a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et a obtenu l'accord de la Rectrice, du Médecin conseil du Rectorat (Dr Marie-Thérèse Roux), et des services statistiques du ministère de l'Éducation Nationale. Les administrateurs scolaires ont donné leur consentement. Les tuteurs légaux sont informés et notifient par écrit leur refus, sinon cela vaut acceptation. La participation était anonyme et l'administration de l'enquête effectuée reprenait le protocole d'enquête standard de HBSC. De plus, ce protocole international est mis à jour à chaque nouveau cycle de l'étude.

Notre recherche était non-interventionnelle, rétrospective et reposait uniquement sur l'analyse de données déjà recueillies dans le cadre d'un protocole de recherche validé. Notre travail s'effectuait donc hors Loi Jardé.

Notre recherche ne comportait pas de collecte de données personnelles au sens de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) et ne relevait donc pas de la loi "Informatique et libertés" nécessitant une déclaration à la CNIL.

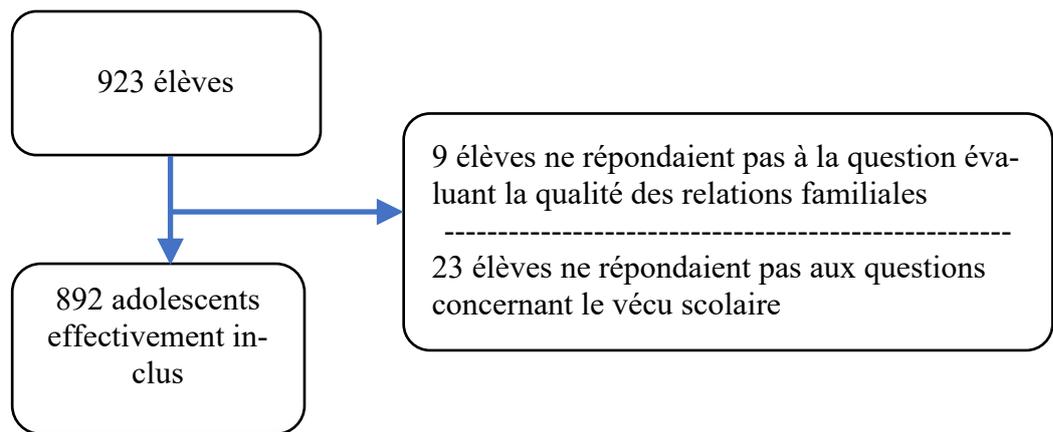
V. Résultats

V.1 Nombre de sujet inclus

Notre échantillon reprenait l'ensemble de la population incluse dans l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012. Après élimination des questionnaires non valides, cette enquête comptait 923 élèves.

Parmi ces 923 élèves, 9 n'avaient pas complété la question concernant la qualité des relations familiales et 23 élèves n'avaient pas complété les questions évaluant le vécu scolaire. Après élimination de ces questionnaires en raison des données manquantes, l'analyse portait finalement sur 892 adolescents répondants.

Figure 1 : Diagramme des flux



V.2 Caractéristiques de la population

V.2.1 Répartition par sexe

Notre échantillon total comportait 50,9% (454) de filles et 49,1% (438) de garçons.

Les filles étaient significativement plus représentées dans le groupe F-. ($p < 0,05$)

Les garçons étaient significativement plus représentés parmi les élèves ayant un mauvais vécu scolaire dans le groupe F+. ($p < 0,05$)

Figure 2 : Répartition de l'échantillon par sexe

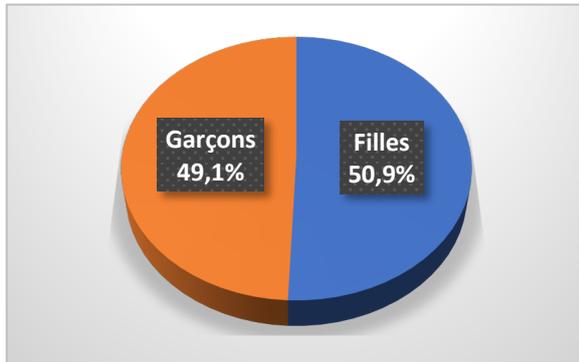


Tableau 1 : Répartition par sexe selon la qualité des relations familiales et le vécu scolaire global

	F+ V+	F+ V-	F- V+	F- V-
Filles	50,09% (279)	33,33% (19)	56,38% (137)	54,29% (19)
Garçons	49,91% (278)	66,67% (38)	43,62% (106)	45,71% (16)

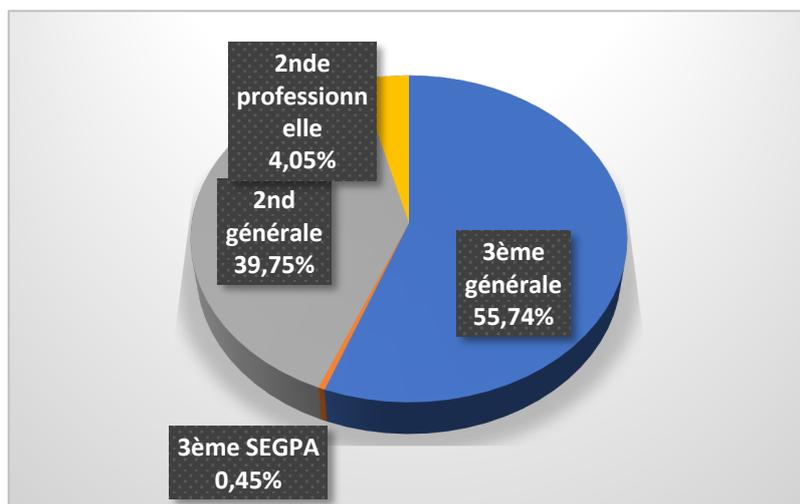
V.2.2 Répartition par âge

Les élèves étaient tous âgés de 15 ans (+/-6mois).

V.2.3 Répartition par classe

Concernant les classes dans lesquelles ils étaient scolarisés, les élèves étaient en 3^{ème} générale pour 55,74%, 3^{ème} SEGPA pour 0,45%, 2nde générale pour 39,75% et 2nde professionnelle pour 4,05% d'entre eux.

Figure 3 : Répartition de l'échantillon par classe



V.2.4 Les relations familiales

Dans notre recherche nous avons fait le choix de séparer notre échantillon en deux selon la qualité de la communication dans la famille pour que nous puissions évaluer le lien le plus strict possible entre le vécu scolaire et les symptômes psychiques.

Notre groupe d'élèves qui déclarait des bonnes relations familiales était composé de 614 adolescents. Notre groupe d'élèves qui déclarait des relations familiales de moindre qualité était composé de 278 adolescents. Ainsi la majorité des élèves décrivait des facilités de dialogue avec au moins un parent ou beau-parent et qu'il était facile de leur parler des choses qui les préoccupaient vraiment.

Tableau 2 : Répartition des sujets inclus dans les groupes F+ et F-

Relations familiales	Pourcentage	Effectifs
F+	68,82%	614
F-	31,18%	278

V.2.5 Le vécu scolaire

Dans notre échantillon total, les données concernant la qualité du vécu scolaire, selon les différentes variables considérées, sont les suivantes :

Tableau 3 : Répartition des sujets inclus selon la qualité du vécu scolaire

Variables	Vécu scolaire positif +	Vécu scolaire négatif -
Vécu scolaire global	89,69% (800)	10,31% (92)
Appréciation de l'école	69,96% (624)	30,04% (268)
Résultats scolaires \geq moyenne	85,43% (762)	14,57% (130)
Exigences scolaires faibles ou moyenne	84,08% (750)	15,92% (15,92)
Enseignants considérés comme justes	77,91% (695)	22,09% (197)
Enseignants gentils/bienveillants	86,77% (774)	13,23% (118)

V.2.6 Les symptômes psychiques

Le tableau ci-dessous résume les principaux symptômes analysés. Ils sont regroupés en 9 thèmes différents :

Tableau 4 : Symptômes évalués dans notre population

		Pourcentage	Effectifs
Troubles du sommeil	Score \geq 4 critères	19,39%	171
Insatisfaction par rapport au sommeil	>1 fois/semaine	20,31%	181
Absence de sommeil réparateur	>1 fois/semaine	42,05%	373
Difficultés à se rendormir après un réveil nocturne	>1 fois/semaine	41,17%	366
Difficultés à se rendormir après un réveil matinal précoce	>1 fois/semaine	44,66%	397
Au moins un trouble du sommeil	>1 fois/semaine	77,33%	689
Cauchemars	>1 fois/semaine	12,26%	109
Perception corporelle	« trop gros » ou « trop maigre »	44,13%	391
Troubles somatiques	Score \geq 3 critères	6,71%	59
Maux de tête	>1 fois/semaine	19,32%	171
Maux de ventre	>1 fois/semaine	13,90%	123
Mal de dos	>1 fois/semaine	19,80%	174
Étourdissements	>1 fois/semaine	11,56%	102

		Pourcentage	Effectifs
Syndrome de plaintes psychosomatiques		38,23%	341
Troubles affectifs	Score \geq 3 critères	23,17%	203
Échelle de Cantril : score $<$ 6 (insatisfaction scolaire)		17,71%	158
Estime de soi faible		25,09%	221
Déprime	$>$ 1fois/semaine	17,49%	155
Irritabilité	$>$ 1fois/semaine	25,73%	228
Nervosité	$>$ 1fois/semaine	23,81%	211
Automutilations		33,41%	296
Stress en lien avec le travail scolaire	« assez » ou « beaucoup »	22,67	202
Troubles du comportement	Score \geq 1 critère	6,57%	58
Brimades agies au cours des 2 derniers mois	\geq 1 fois/semaine	2,59%	23
Bagarres au cours des 12 derniers mois	\geq 4	4,52	40
Consommation de produits	Score \geq 3 critères	3,40%	29
Tabac	Usage quotidien	18,18%	162
Cannabis	Usage régulier	4,11%	36
Alcool	Usage régulier	9,38%	83
Médicaments contre la nervosité	\geq 1fois/mois	7,27%	64
Médicaments pour le sommeil	\geq 1fois/mois	7,18%	63
Idéations et comportements suicidaires	Score \geq 1 critère	17,08%	150
Pensées suicidaires	« assez souvent » ou « très souvent »	6,43%	57
Tentative de suicide au cours de la vie		15,19%	134
Tentative de suicide au cours des 12 derniers mois		7,41%	65

Nous avons choisi de définir la présence de troubles du sommeil invalidants à partir de six variables qui évaluaient la satisfaction par rapport au sommeil et la présence de troubles du sommeil. Les adolescents étaient 19,39% à déclarer au moins 4 troubles du sommeil. 77,33% des élèves ont déclaré au moins un trouble du sommeil. Le trouble du sommeil le plus cité était la difficulté à se rendormir après un réveil matinal précoce, venaient ensuite les difficultés pour s'endormir puis les difficultés pour se rendormir après un réveil nocturne. Par ailleurs, 12,26% des élèves déclaraient faire des cauchemars assez ou très souvent.

Dans l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012, ils étaient un quart des élèves à déclarer un trouble de l'image corporelle. C'est-à-dire que leur Indice de Masse Corporelle (IMC) ne correspondait pas à l'image qu'ils avaient de leur corps. Parmi les élèves qui déclaraient "être trop gros", les 3/4 avaient en réalité un IMC dans la norme ou inférieur à la norme. A l'opposé parmi les élèves déclarant "être au bon poids ou trop maigre", ils sont 3,8% à être en surpoids ou en obésité.

Dans les données que nous avons utilisées pour questionner le rapport des adolescents à leurs corps nous disposions uniquement de la question évaluant s'ils se trouvaient trop gros, trop maigre ou au bon poids. Parmi les adolescents qui se percevaient trop gros ou trop maigre,

11,57% d'entre eux se percevaient comme trop maigre ou un peu trop maigre et 31,99% se déclaraient comme un peu ou beaucoup trop gros.

Les plaintes subjectives de santé sur lesquelles étaient interrogés les élèves concernaient la présence de maux de tête, de maux de ventre, d'un mal de dos et d'étourdissements.

Dans l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012, on ne retrouvait pas de différence significative selon le sexe au sujet des douleurs au dos mais le pourcentage de filles à déclarer des maux de ventre et des maux de tête était nettement supérieur. Dans notre échantillon, les douleurs au dos étaient les plus fréquemment retrouvées suivies des maux de tête, des douleurs abdominales et des étourdissements.

Le syndrome de plaintes psychosomatiques correspond à la déclaration d'au moins deux symptômes parmi les troubles somatiques (maux de tête, de ventre, de dos, étourdissements), l'irritabilité, la déprime et la nervosité présents plus d'une fois par semaine au cours des 6 derniers mois.

Pour évaluer la présence ou l'absence de troubles affectifs nous avons choisi de prendre en compte six variables qui sont : l'échelle de Cantril, l'estime de soi ressentie par l'adolescent, le sentiment de déprime, le sentiment d'irritabilité, la sensation de nervosité et les antécédents d'automutilations. On considérait la présence de troubles affectifs invalidants si l'élève en déclarait au moins 3.

Pour évaluer le sentiment de satisfaction des élèves concernant leur vie il leur était demandé de se situer sur l'échelle de Cantril de 0 (pire vie possible) à 10 (meilleure vie possible). A partir de 6 l'adolescent était considéré comme satisfait de sa vie.

L'estime de soi était évaluée grâce au score de Rosenberg.

Concernant les plaintes affectives, le sentiment d'irritabilité était le plus observé suivi du sentiment de nervosité et de la sensation de déprime. Par ailleurs, ils étaient 33,41% des élèves à déclarer des automutilations.

On considérait l'existence de stress lié au travail scolaire si les élèves rapportaient être « assez » ou « beaucoup » stressés par le travail scolaire. 7,21% confiaient être beaucoup stressés.

La déclaration de la participation à plus de 4 bagarres au cours des 12 derniers mois et/ou à des brimades sur un camarade au moins 1 fois par semaine au cours des 2 derniers mois nous faisait conclure à la présence de troubles du comportement.

Si la majorité des élèves ne déclarait pas avoir participé à des brimades, ils étaient 2,59% à avoir brimé un ou des camarades au moins une fois par semaine dans les deux mois précédents l'enquête. Concernant la participation à une bagarre, 4,52% des adolescents affirmaient s'être battus au moins 4 fois au cours des 12 derniers mois.

Nous avons choisi de considérer que les élèves présentaient une consommation pathologique de substances psychoactives s'ils affirmaient au moins 3 consommations régulières de produits parmi l'alcool, le tabac, le cannabis, les médicaments contre la nervosité et les médicaments en faveur du sommeil.

On considérait comme consommateurs d'alcool et de cannabis les adolescents interrogés qui déclaraient consommer de façon régulière, soit au moins à dix reprises au cours des 30 derniers jours. L'usage quotidien de tabac était la substance la plus consommée par les élèves. Concernant la consommation des médicaments, la répartition des adolescents ayant déclaré une

consommation de médicaments contre la nervosité ou pour le sommeil plus d'une fois au cours du dernier mois était identique.

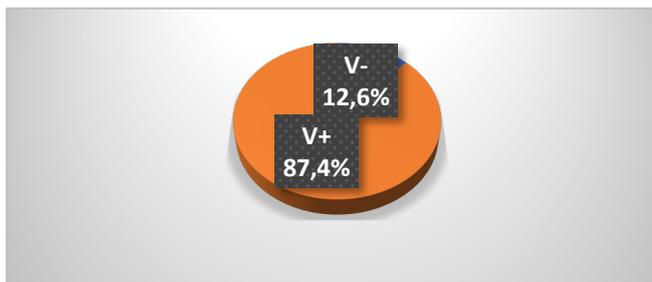
Enfin, on considérait pour notre analyse que l'adolescent présentait des idéations ou des comportements suicidaires en présence de pensées suicidaires, d'antécédents de suicide au cours des 12 derniers mois ou au cours de la vie.

V.3 Comparaison entre les groupes bon vécu scolaire et mauvais vécu scolaire

V.3.1 Vécu scolaire global

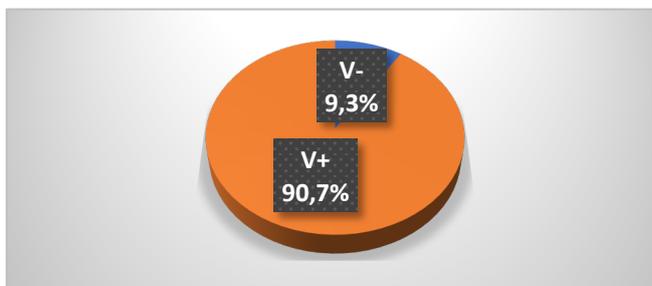
Si on considère l'ensemble des variables évaluant le vécu scolaire, 90,72% des élèves de la population F+ ont bon vécu scolaire global et 87,41% dans la population F-. C'est-à-dire qu'ils déclarent au moins trois variables positives parmi l'appréciation pour l'école, les résultats scolaires, les exigences scolaires perçues, le sentiment que les enseignants les traitent de manière juste et le sentiment que les enseignants sont bienveillants, gentils.

Figure 4 : Répartition de la population du groupe F- selon le vécu scolaire global



V : vécu scolaire global

Figure 5 : Répartition de la population du groupe F+ selon le vécu scolaire global



V : vécu scolaire global

V.3.2 Vécu scolaire selon les différentes variables analysées

V.3.2.1 Affection pour l'école

Nous considérons que les élèves appréciant l'école (beaucoup ou un peu) ont un vécu scolaire positif pour cette dimension. Par extension, les élèves ayant un vécu négatif pour cette dimension sont ceux déclarant ne pas aimer un peu ou ne pas aimer du tout l'école.

La majorité des élèves déclarent aimer l'école qu'ils aient de bonnes relations familiales ou non.

On observe dans le groupe F+ et dans le groupe F- que les élèves qui ont un bon vécu scolaire global sont plus nombreux à aimer l'école. L'inverse est observable chez les élèves qui ont un mauvais vécu scolaire global. Ces élèves sont nettement plus nombreux à ne pas aimer l'école.

Tableau 5 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et l'affection pour l'école

	Bonnes relations familiales (F+)		Mauvaises relations familiales (F-)	
	Bon vécu scolaire global	Mauvais vécu Scolaire global	Bon vécu Scolaire global	Mauvais vécu Scolaire global
Aime l'école	76,48%	15,79%	75,31%	17,14%
N'aime pas l'école	23,52%	84,21%	24,69%	82,86%

Figure 6 : Répartition de la population du groupe F- selon l'affection pour l'école

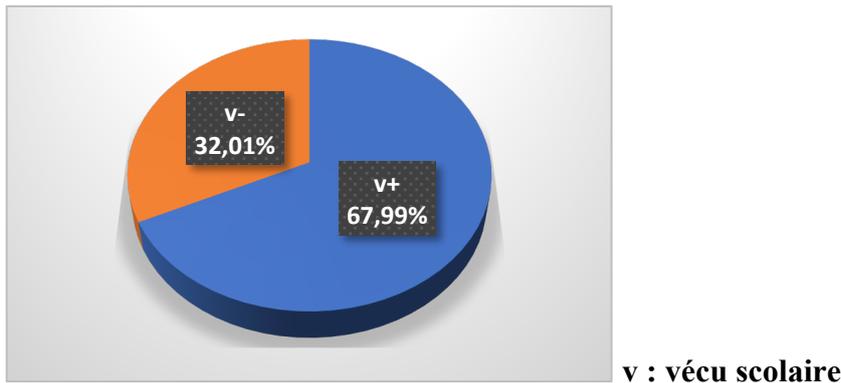
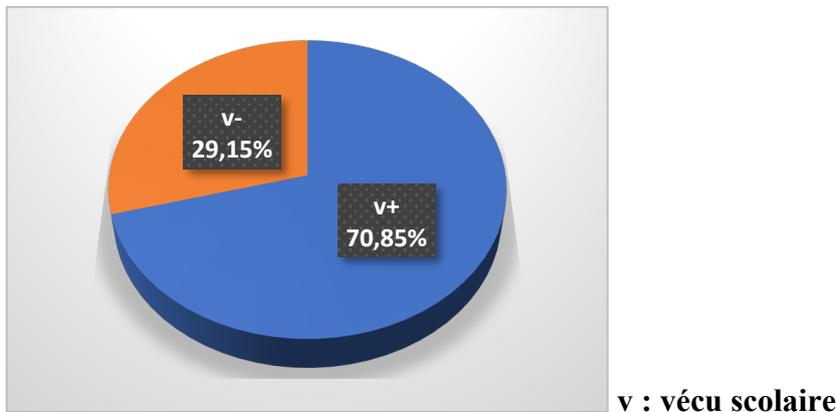


Figure 7 : Répartition de la population du groupe F+ selon l'affection pour l'école



V.3.2.2 Résultats scolaires

Nous considérons comme ayant un bon vécu scolaire dans cette dimension les élèves qui rapportent des résultats supérieurs ou équivalents à la moyenne.

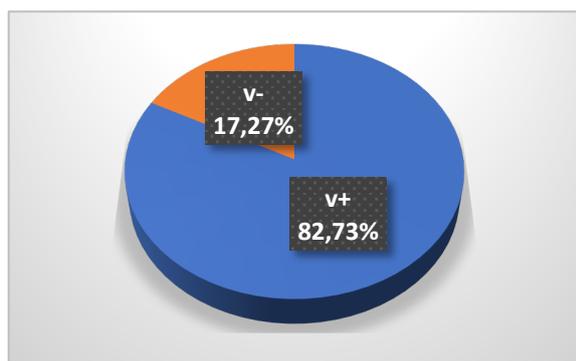
Si on compare les échantillons des groupes F+ et F-, la grande majorité des élèves déclarent des résultats scolaires supérieurs ou équivalents à la moyenne quelle que soit la qualité de la communication familiale.

Les élèves déclarant un bon vécu scolaire global sont plus nombreux à avoir des résultats scolaires supérieurs ou équivalents à la moyenne quelle que soit la qualité de leurs relations familiales. L'opposé est observable s'ils déclarent un mauvais vécu scolaire global.

Tableau 6 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et les résultats scolaires

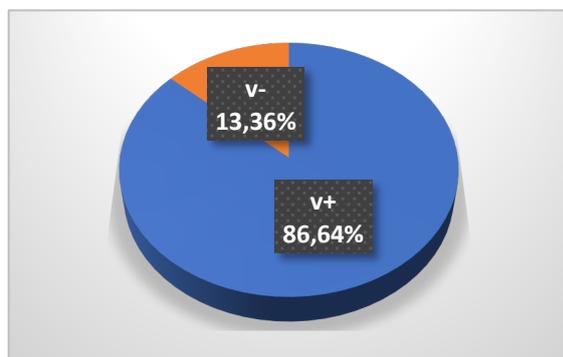
	Bonnes relations familiales		Mauvaises relations familiales	
	Bon vécu scolaire global	Mauvais vécu scolaire global	Bon vécu scolaire global	Mauvais vécu scolaire global
Résultats scolaires \geq moyenne	91,74%	36,84%	88,07%	45,71%
Résultats scolaires < moyenne	8,26%	63,16%	11,93%	54,71%

Figure 8 : Répartition de la population du groupe F- selon les résultats scolaires



v : vécu scolaire

Figure 9 : Répartition de la population du groupe F+ selon les résultats scolaires



v : vécu scolaire

V.3.2.3 Exigences scolaires perçues

Nous évaluons un bon vécu scolaire pour cette variable si l'élève déclare des exigences scolaires perçues faibles ou moyennes.

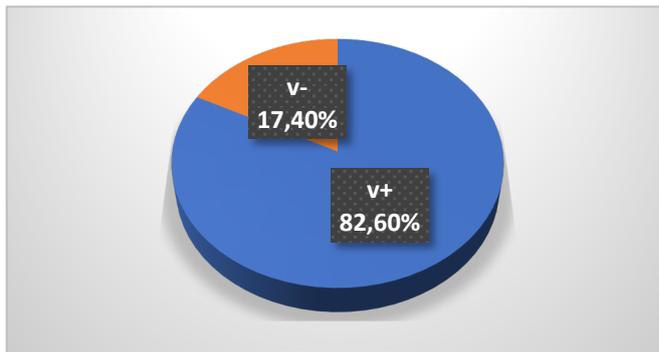
Dans ces deux échantillons, les élèves déclarant des exigences scolaires perçues comme faibles ou moyennes sont majoritaires.

Les élèves ayant un bon vécu scolaire global déclarent majoritairement des exigences scolaires perçues comme faibles ou moyennes alors que ceux ayant un mauvais vécu scolaire déclarent majoritairement des exigences scolaires perçues comme élevées.

Tableau 7 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et les exigences scolaires perçues

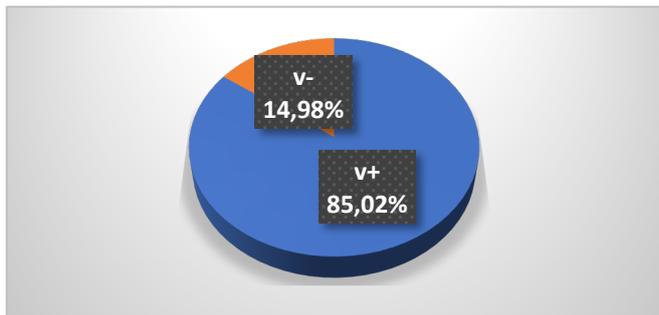
	Bonnes relations familiales		Mauvaises relations familiales	
	Bon vécu scolaire global	Mauvais vécu scolaire global	Bon vécu scolaire global	Mauvais vécu scolaire global
Exigences scolaires perçues faibles ou moyennes	89,23%	43,86%	88,07%	40,00%
Exigences scolaires perçues élevées	10,77%	56,14%	11,93%	60,00%

Figure 10 : Répartition de la population du groupe F- selon les exigences scolaires perçues



v : vécu scolaire

Figure 11 : Répartition de la population du groupe F+ selon les exigences scolaires perçues



v : vécu scolaire

V.3.2.4 Le sentiment d'être considéré de manière juste par les enseignants

Cette variable était évaluée grâce à l'affirmation suivante : « mes enseignants traitent les élèves de manière juste ».

Nous considérons pour cette dimension un mauvais vécu scolaire si les élèves déclarent n'être « pas d'accord » ou « pas du tout d'accord » avec cette affirmation. Le vécu scolaire est jugé positif si les élèves sont « d'accord », « tout à fait d'accord » ou s'ils ne sont « ni d'accord ni pas d'accord » avec ce discours.

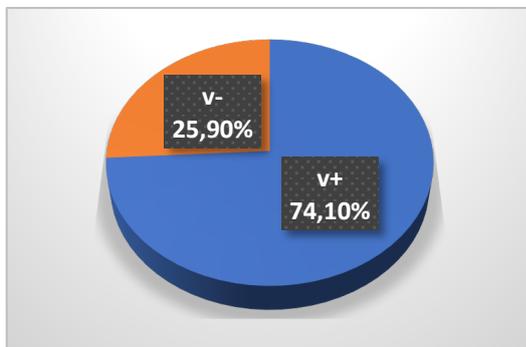
Quelle que soit la qualité de leurs relations familiales, les adolescents sont majoritaires à considérer que les enseignants les traitent de manière juste.

Dans le groupe F+ comme dans le groupe F-, ils sont plus nombreux à trouver leurs enseignants justes s'ils ont un bon vécu scolaire global et plus nombreux à se sentir traités injustement s'ils ont un mauvais vécu scolaire global.

Tableau 8 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et le sentiment d'être considéré de manière juste par les enseignants

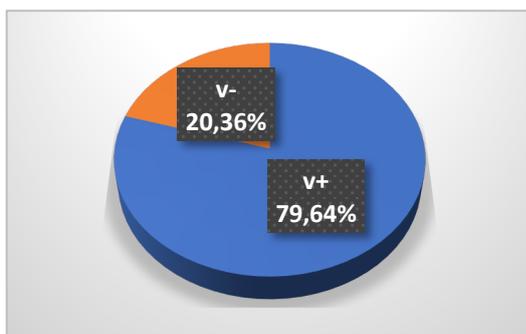
	Bonnes relations familiales		Mauvaises relations familiales	
	Bon vécu scolaire global	Mauvais vécu scolaire global	Bon vécu scolaire global	Mauvais vécu scolaire global
Enseignants traitent justement	84,56%	31,58%	80,66%	28,57%
Enseignants traitent injustement	15,44%	68,42%	19,34%	71,43%

Figure 12 : Répartition de la population du groupe F- selon le sentiment d'être considéré de manière juste par les enseignants



v : vécu scolaire

Figure 13 : Répartition de la population du groupe F+ selon le sentiment d'être considéré de manière juste par les enseignants



v : vécu scolaire

V.3.2.5 Le sentiment que les enseignants sont gentils/bienveillants

Pour notre analyse, le vécu scolaire de cette dimension est jugé positif si les élèves sont « tout à fait d'accord », « d'accord » ou « ni d'accord, ni pas d'accord » avec la proposition suivante : « la plupart de mes enseignants sont bienveillants, gentils ».

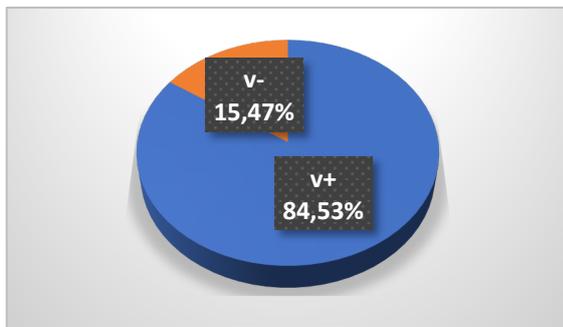
Dans les deux groupes F+ et F-, les élèves sont nettement majoritaires à trouver leurs enseignants bienveillants/gentils.

On observe que les élèves qui ont un bon vécu scolaire sont fortement majoritaires à déclarer trouver leurs enseignants gentils dans les deux groupes. En revanche s'ils ont un mauvais vécu scolaire global, les résultats sont plus contrastés et ils sont plus nombreux à ne pas trouver leurs enseignants gentils ou bienveillants.

Tableau 9 : Répartition des échantillons F+ et F- selon la qualité du vécu scolaire global et le sentiment que les enseignants sont bienveillants/gentils

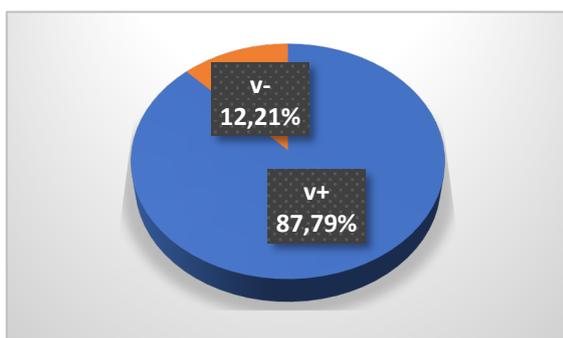
	Bonnes relations familiales		Mauvaises relations familiales	
	Bon vécu scolaire	Mauvais vécu scolaire	Bon vécu scolaire	Mauvais vécu scolaire
Enseignants bienveillants/gentils	93,54%	31,58%	90,95%	40%
Enseignants pas bienveillants/gentils	6,46%	68,42%	9,05%	60%

Figure 14 : Répartition de la population du groupe F- selon le sentiment que les enseignants sont bienveillants/gentils



v : vécu scolaire

Figure 15 : Répartition de la population du groupe F+ selon le sentiment que les enseignants sont bienveillants/gentils



v : vécu scolaire

V.3.3 Symptômes psychiques

V.3.3.1 Description des symptômes psychiques

Les tableaux suivants reprennent les résultats obtenus pour chacun des symptômes analysés.

Le tableau numéro 10 décrit les résultats pour le groupe d'élèves ayant de bonnes relations familiales.

Le tableau numéro 11 décrit les résultats pour le groupe d'élèves qui rapportent des difficultés de communication intrafamiliale.

Tableau 10 : Symptômes psychiques selon le vécu scolaire global pour le groupe F+

	POPULATION TOTALE	V+ Vécu sco- laire global positif	V- Vécu sco- laire glo- bal négatif	Significativité (p)
Troubles du sommeil	15,54% (94)	14,75% (81)	23,21% (13)	
Insatisfaction sommeil	17,10% (105)	15,44% (86)	33,33% (19)	0,0015
Difficultés d'endormisse- ment	37,87% (231)	37,25% (206)	43,86% (25)	
Difficultés à se rendormir après un réveil nocturne	36,93% (226)	37,12% (206)	35,09% (20)	
Difficultés à se rendormir après un réveil matinal	41,99% (455)	42,52% (236)	36,84% (21)	
Présence d'au moins un trouble du sommeil	74,10% (455)	73,97% (412)	75,44% (43)	
Cauchemars	10,46% (64)	10,61% (59)	8,93% (5)	
Se perçoit trop gros ou trop maigre	40,82% (40,82)	41,05% (227)	38,60% (22)	
Troubles somatiques	5,30% (32)	4,37% (24)	14,55% (8)	0,0053
Maux de tête	17,11% (104)	15,97% (88)	28,07% (16)	0,0266
Maux de ventre	12,17% (74)	11,25% (62)	21,05% (12)	
Maux de dos	19,08% (116)	17,93% (99)	30,36% (17)	0,0315
Étourdissements	9,72% (59)	9,44% (52)	12,50% (7)	
Syndrome de plaintes psychosomatiques	33,71% (207)	32,32% (180)	47,37% (27)	0,0271
Troubles affectifs	18,21% (110)	16,82% (92)	31,58% (18)	0,0105

	POPULATION TOTALE	V+ Vécu scolaire global positif	V- Vécu scolaire global négatif	Significativité (p)
Insatisfaction concernant sa vie	12,54% (77)	11,13% (62)	26,32% (15)	0,0026
Estime de soi faible	19,08% (116)	17,79% (98)	31,58% (18)	0,0198
Déprime	13,58% (83)	12,82% (71)	21,05% (12)	
Irritabilité	21,15% (129)	19,17% (106)	40,35% (23)	0,0005
Nervosité	20,85% (127)	20,29% (112)	26,32% (15)	
Automutilations	28,08% (171)	26,99% (149)	38,60% (22)	
Stress en lien avec le travail scolaire	20,55% (126)	18,53% (103)	40,35% (23)	0,0004
Troubles du comportement	6,58% (40)	5,81% (32)	14,04% (8)	0,0424
Brimades agies	2,29% (14)	2,17% (12)	3,51% (2)	
Bagarres	4,93% (30)	4,17% (23)	12,28% (7)	0,0161
Troubles de la consommation de produits	2,88% (17)	1,86% (10)	13,21% (7)	0,0003
Consommation de tabac	17,92% (110)	15,26% (85)	43,86% (25)	<0,0001
Consommation d'alcool	9,64% (59)	7,93% (44)	26,32% (15)	<0,0001
Consommation de cannabis	3,50% (21)	2,20% (12)	16,67% (9)	<0,0001
Consommation de médicaments pour le sommeil	6,45% (39)	5,83% (32)	12,50% (7)	
Consommation de médicaments contre la nervosité	6,60% (40)	6,56% (36)	7,02% (4)	
Idéations et comportements suicidaires	12,75% (77)	11,88% (65)	21,05% (12)	
Idées suicidaires	3,93% (24)	3,07% (17)	12,28% (7)	0,0042
Tentative de suicide dans l'année	5,14% (31)	4,58% (25)	10,53% (6)	
Tentative de suicide au cours de la vie	11,70% (71)	10,91% (60)	19,30% (11)	

Tableau 11 : Symptômes psychiques selon le vécu scolaire global pour le groupe F-

	POPULATION TOTALE	V+ Vécu sco- laire global positif	V- Vécu sco- laire glo- bal négatif	Significativité (p)
Troubles du sommeil	27,80% (77)	25,62 % (62)	42,86% (15)	0,0431
Insatisfaction sommeil	27,44% (76)	26,86% (65)	31,43% (11)	
Difficultés d'endormisse- ment	51,26% (142)	50% (121)	60% (21)	
Difficultés à se rendormir après un reveil nocturne	50,54% (140)	49,59% (120)	57,14% (20)	
Difficultés à se rendormir après un reveil matinal	50,54% (140)	50,41% (122)	51,43% (18)	
Présence d'au moins un trouble du sommeil	84,48% (234)	83,88% (203)	88,57% (31)	
Cauchemars	16,25% (45)	16,94% (41)	11,43% (4)	
Se perçoit trop gros ou trop maigre	51,45% (142)	51,45% (124)	51,43% (18)	
Troubles somatiques	9,82% (27)	9,58% (23)	11,43% (4)	
Maux de tête	24,19% (24,19)	23,55% (57)	28,57% (10)	
Maux de ventre	17,69% (49)	17,36% (42)	20,00% (7)	
Maux de dos	21,38% (59)	21,16% (51)	22,86% (8)	
Étourdissements	15,64% (43)	13,33% (32)	31,43% (11)	0,0110
Syndrome de plaintes psychosomatiques	48,20% (134)	46,09% (112)	62,86% (22)	
Troubles affectifs	34,19% (93)	31,65% (75)	51,43% (18)	0,0343
Insatisfaction concernant sa vie	29,14% (81)	25,93% (63)	51,43% (18)	0,0045
Estime de soi faible	38,46% (105)	37,39% (89)	45,71% (16)	
Déprime	26,18% (72)	24,17% (58)	40% (14)	
Irritabilité	35,87% (99)	33,20% (80)	54,29% (19)	0,0225
Nervosité	30,32% (84)	27,27% (66)	51,43% (18)	0,0055
Automutilations	45,13% (125)	43,39% (105)	57,14% (20)	

	POPULATION TOTALE	V+ Vécu scolaire global positif	V- Vécu scolaire global négatif	Significativité (p)
Stress en lien avec le travail scolaire	27,34% (76)	24,28% (59)	48,57% (17)	0,0042
Troubles du comportement	6,55% (18)	4,58% (11)	20,00% (7)	0,0034
Brimades agies	3,25% (9)	1,24% (3)	17,14% (6)	0,0002
Bagarres	3,62% (9)	3,32% (8)	5,71% (2)	
Troubles de la consommation de produits	4,56% (12)	5,19% (12)	00,00% (0)	
Consommation de tabac	18,77% (52)	17,28% (42)	29,41% (10)	
Consommation d'alcool	8,79% (24)	9,66% (23)	2,86% (1)	
Consommation de cannabis	5,45% (15)	5,37% (13)	6,06% (2)	
Consommation de médicaments pour le sommeil	8,79% (24)	9,24% (22)	5,71% (2)	
Consommation de médicaments contre la nervosité	8,76% (24)	9,21% (22)	5,71% (2)	
Idéations et comportements suicidaires	26,64% (73)	24,69% (59)	40,00% (14)	
Idées suicidaires	11,91% (33)	10,33% (25)	22,86% (8)	0,0471
Tentative de suicide dans l'année	12,41% (34)	10,46% (25)	25,71% (9)	0,0233
Tentative de suicide au cours de la vie	22,91% (63)	20,83% (50)	37,14% (13)	

V.3.3.2 Les troubles du sommeil

Dans le groupe F+, on ne note pas de différence significative concernant l'ensemble des troubles du sommeil. On observe une association entre vécu scolaire négatif et insatisfaction du sommeil. Les autres troubles du sommeil évalués sont autant présents quel que soit le vécu scolaire des adolescents.

Dans le groupe F-, un mauvais vécu scolaire est associé à un plus grand risque d'avoir au moins 4 troubles du sommeil. En revanche, pris séparément chaque trouble du sommeil n'est pas associé à un mauvais vécu scolaire.

V.3.4 La perception de son corps

Nos analyses ne montrent pas d'association entre la qualité du vécu scolaire et la perception qu'avaient les élèves de leur corps. Cette observation concernait nos deux groupes F+ et F-.

V.3.5 Les troubles somatiques

Dans le groupe F+, on observe une association significative entre un mauvais vécu scolaire et la présence d'au moins 3 symptômes psychiques. Des différences significatives selon le vécu scolaire sont retrouvées pour les maux de tête et les maux de dos avec un risque plus important en cas de mauvais vécu scolaire.

Dans le groupe F-, on observe une différence significative uniquement pour les étourdissements avec une corrélation positive entre un mauvais vécu scolaire et la présence d'étourdissements.

V.3.6 Les plaintes psychosomatiques

Dans le groupe F+, on constate une association significative entre un mauvais vécu scolaire et la présence d'un syndrome de plaintes psychosomatiques.

Dans le groupe F- en revanche aucune différence significative n'est observée selon la qualité du vécu scolaire.

V.3.7 Les troubles affectifs

Dans le groupe F+, les élèves déclarant un mauvais vécu scolaire ont un risque significativement plus important de déclarer au moins 3 plaintes affectives. L'association la plus significative avec un mauvais vécu scolaire est le sentiment d'irritabilité. Les différences étaient également significatives, dans le même sens, concernant l'insatisfaction de la vie et une estime de soi faible.

Dans le groupe F-, le risque plus important de présenter au moins 3 symptômes affectifs si l'adolescent déclarait un mauvais vécu scolaire est également significatif. La différence la plus significative entre un mauvais vécu scolaire et un bon vécu scolaire concerne le ressenti d'insatisfaction de la vie. Le mauvais vécu scolaire était également associé de manière significative à la présence de nervosité et d'irritabilité.

V.3.8 Le stress lié au travail scolaire

Dans le groupe F+, comme dans le groupe F-, on retrouve une association significative entre un mauvais vécu scolaire et la présence de stress en lien avec le travail scolaire.

V.3.9 Les troubles du comportement

Dans le groupe F+, un mauvais vécu scolaire est associé à plus de troubles du comportement. Cela est en lien avec une fréquence plus importante de comportement de violence à type de bagarres chez les élèves ayant un mauvais vécu scolaire.

Dans le groupe F-, on retrouve également des différences significatives selon la qualité du vécu scolaire. En revanche, l'association est, cette fois, significative pour les violences à type de brimades agies.

V.3.10 Les troubles de la consommation de produits

Dans le groupe F+, on retrouve une association significative entre un mauvais vécu scolaire et la consommation régulière d'au moins trois substances psychoactives. Les différences sont très significatives concernant les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis.

Dans le groupe F-, en revanche on ne note pas de différence significative entre les deux échantillons.

V.3.11 Les idéations et comportements suicidaires

Dans le groupe F+, une différence significative est observable selon le vécu scolaire pour les idées suicidaires. On retrouve un risque plus élevé d'avoir des pensées suicidaires chez les adolescents ayant un mauvais vécu scolaire.

Dans le groupe F-, on observe un risque significativement plus élevé d'avoir des idées suicidaires et d'avoir fait une tentative de suicide dans l'année chez les élèves déclarant un mauvais vécu scolaire.

V.4 Corrélations entre les différentes variables évaluant le vécu scolaire global et les symptômes psychiques

La présence de symptômes psychiques était analysée dans un premier temps selon la qualité du vécu scolaire global puis selon chacune des variables le définissant.

Concernant le vécu scolaire global, on observe une association plus significative entre un mauvais vécu scolaire et la présence de troubles du comportement (OR=5,050) puis avec un stress en lien avec le travail scolaire (OR=3,827).

La variable évaluant l'affection pour l'école était corrélée plus significativement à la présence de troubles du comportements (OR=4,473). Viennent ensuite la présence de troubles affectifs (OR=1,736) et de stress en lien avec le travail scolaire (OR=1,586).

La présence de résultats scolaires inférieurs à la moyenne était significativement plus à risque d'entraîner des troubles du comportement (OR=2,993), un syndrome de plaintes psychosomatiques (OR= 1,976) et des troubles affectifs (OR=1,798).

La variable évaluant les exigences scolaires était corrélée de façon plus significative à la présence de stress en lien avec le travail scolaire (OR=3,158).

Concernant la variable évaluant le sentiment des élèves d'être traités de manière juste, elle était associée plus significativement aux troubles du comportement (OR=3,262), aux idéations et comportements suicidaires (OR=1,914) et au stress en lien avec le travail scolaire (OR=1,536).

La variable évaluant le fait que les élèves trouvent leurs enseignants gentils/bienveillants était corrélée de manière plus significative avec les troubles du comportement (OR=3,001), les consommations de substances psychoactives (OR=2,468) et le stress en lien avec le travail scolaire (OR=1,634).

VI. Discussion

VI.1 Comparaison des données à celles de la littérature

VI.1.1 A propos du vécu scolaire

Les résultats de nos analyses montrent d'abord qu'une majorité des élèves interrogés décrit un bon vécu scolaire global. Pour chacune des variables évaluant la dimension du vécu scolaire nos résultats étaient proches de ceux retrouvés dans la littérature.

Concernant l'appréciation de l'école, nos observations rejoignent les résultats retrouvés par l'enquête HBSC France 2014 (65,6%) et son sur échantillon régional, HBSC Poitou-Charentes 2014 (73,1%). (83) L'enquête « Portraits d'adolescents » réalisée en 2013 auprès d'élèves âgés de 13 à 18 ans retrouvait également une majorité d'élèves qui appréciait l'école (63,7%). (44) Concernant les résultats scolaires que décrivaient les élèves de notre échantillon, en comparant à une même population, l'enquête HBSC France 2014 faisait état de 85,7% des élèves de 3^{ème} qui décrivaient des résultats supérieurs à la moyenne.

Nos résultats concernant les exigences scolaires perçues par les élèves étaient en deçà de ceux de l'enquête HBSC France 2014 qui constatait que 25,2% des élèves déclaraient des exigences scolaires élevées.

Concernant les relations aux enseignants, nos conclusions confortent celles déjà faites par la littérature nationale et internationale qui met en avant qu'environ 30% des élèves français ressentent un sentiment d'injustice à l'école et qu'ils perçoivent les relations aux enseignants comme peu soutenantes. (37) (3) (78)

VI.1.2 A propos des symptômes psychiques

Pour comparer nos résultats à des populations qui se rapprochaient le plus de notre échantillon, nous nous sommes principalement rapportés aux données de l'enquête HBSC 2018 pour les élèves français âgés de 15 ans et à plusieurs enquêtes françaises qui interrogeaient les adolescents. Pour la majorité des symptômes analysés, nos résultats sont comparables aux chiffres retrouvés dans la littérature nationale ou internationale. Les différences observées peuvent s'expliquer par le fait que certaines caractéristiques, comme l'âge des élèves notamment ou la fréquence du symptôme rapportée, différaient entre notre étude et les différentes enquêtes.

Les données concernant les troubles du sommeil sont difficilement comparables dans la littérature puisqu'ils n'interrogent pas les mêmes symptômes selon les études. Pour les adolescents français, l'enquête EnClass 2018 (40), retrouvait que 24% des élèves déclaraient des troubles du sommeil alors qu'ils représentaient 43% des filles et 33% des garçons âgés de 15 ans dans l'enquête HBSC 2018. (4) Dans l'enquête « Portraits d'adolescent » de 2013, 48,9% des adolescents rapportaient un sommeil insatisfaisant et 42,3% des difficultés d'endormissement.

Les données concernant la perception qu'avaient les élèves de leur corps retrouvées dans notre étude sont comparables à celles retrouvées par les enquêtes internationales. HBSC 2018 (3) retrouvait notamment chez les élèves français que 35% des filles et 20% des garçons âgés de 15 ans se trouvaient trop gros. L'enquête EnClass 2018 montrait, en outre, qu'un quart des adolescents interrogés se percevaient comme trop gros. (40)

Nos données concernant les troubles somatiques et le syndrome de plaintes psychosomatiques étaient similaires à celles retrouvées dans la littérature nationale et internationale pour une population similaire. (4) (84). Les douleurs au dos étaient les plus retrouvées suivies des maux de tête, des maux de ventre puis des étourdissements. Dans l'enquête HBSC 2018 (3), 30% des garçons âgés de 15 ans et 52% des filles du même âge déclaraient au moins deux plaintes psychosomatiques plus d'une fois par semaine au cours des six derniers mois.

Pour chaque variable interrogeant les troubles affectifs, nos données étaient similaires à celles retrouvées dans la littérature. Concernant la qualité de vie perçue, PISA 2018 (2) et HBSC 2018 (4) observaient que le score de satisfaction de la vie des élèves français sur l'échelle de Cantril était en moyenne de 7/10. De plus, le dernier rapport sur le bien-être des enfants, réalisé par Unicef Innocenti retrouvait que 80% des adolescents français âgés de 15 ans affirmaient être satisfaits de leur vie. (85)

Les plaintes psychiques à type de nervosité, d'irritabilité et de déprime étaient présentes au moins une fois par semaine chez environ ¼ des élèves de manière similaire aux données de littérature internationale et nationale. (4) (44) (40)

Concernant les automutilations, peu de données sont retrouvées dans la littérature. L'enquête « Portraits d'adolescents » de 2013 (44) rapporte cependant que 33% des garçons et 43,2% des filles se sont déjà fait mal exprès au cours de leur vie.

Les élèves déclarant être beaucoup ou assez stressés par rapport au travail scolaire étaient, dans notre population d'étude moins nombreux que dans les observations de l'enquête HBSC 2018 (4) qui observait que 37% des filles et 24% des garçons français âgés de 15 ans se déclaraient stressés par le travail scolaire. « La consultation nationale 6/18 ans 2014 » (86) constatait que 44,2% des adolescents de 15 ans et plus décrivaient être angoissés de ne pas réussir suffisamment bien à l'école.

Les fréquences des troubles du comportement rapportées par les élèves de notre échantillon étaient inférieures à celles rapportées par l'enquête HBSC 2018 (4) en particulier concernant les bagarres. Pour les élèves français, HBSC 2018 montrait que 5% des garçons et 2% des filles âgés de 15 ans en France déclaraient avoir brimé des camarades à au moins deux reprises au cours des deux mois précédents la passation. Concernant la participation aux bagarres, cette même enquête observait que 6% des filles et 16% des garçons avaient participé à au moins 3 bagarres au cours des 12 derniers mois. La différence peut s'expliquer en partie par la fréquence des bagarres questionnée (au moins 3 au cours de l'année dans l'enquête HBSC 2018 contre au moins 4 pour notre étude).

Pour les consommations de produits psychoactifs, nos données étaient comparables à celles de la littérature nationale pour les consommations d'alcool. Elles étaient cependant en deçà concernant les consommations de tabac et de cannabis. (71) (44) L'enquête Escapad 2017 interrogeait des adolescents âgés de 17 ans et retrouvait une consommation régulière d'alcool chez 8,17% d'entre eux, une consommation de tabac chez 25,1% et 7,2% consommaient du cannabis de façon régulière. Les différences observées entre ces deux populations pourraient venir de la différence d'âge entre les échantillons, cette étude rapportant, par ailleurs, que l'âge moyen du début des consommations régulières de tabac est de 15,1 ans et que l'âge d'expérimentation moyen du cannabis est de 15,3 ans.

Au sujet des consommations de médicaments, en comparaison à une population similaire, le sur échantillon régional Poitou-Charentes d'HBSC 2014 (87) observait que 7% des élèves interrogés rapportaient consommer des médicaments contre le sommeil au moins une fois par

mois et qu'ils étaient 4,8% à déclarer prendre des traitements médicamenteux contre la nervosité à la même fréquence. L'enquête « Portraits d'adolescent » de 2013 observait que 16,6% des adolescents avaient déjà expérimenté des médicaments pour la nervosité ou des somnifères. (44)

Les idéations et comportements suicidaires sont des données très peu représentées dans les différentes enquêtes et études réalisées auprès des adolescents en France comme à l'international. Dans le rapport « La santé des collégiens en France - Santé mentale et bien-être » (88) établie à partir des données de l'enquête HBSC 2014, 21,5% des filles et 9,7% des garçons déclaraient des envies de mourir ce qui était supérieur à nos données. A l'inverse, on observait un pourcentage d'élèves ayant déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie supérieur aux résultats retrouvés par les enquêtes « Portraits d'adolescents » réalisée en 2013 (44) et « Consultation Nationale des 6-18 ans, 2014 » qui observaient respectivement 11,5% et 11%. (86)

VI.2 Synthèse des résultats

L'étude a mis en évidence une association significative entre un mauvais vécu scolaire et :

Dans le groupe F+ :

- Un sommeil insatisfaisant
- La présence d'au moins 3 plaintes somatiques
- Des maux de tête
- Des maux de dos
- Un syndrome de plaintes psychosomatiques
- La présence d'au moins 3 plaintes affectives
- Une insatisfaction concernant la vie
- Une estime de soi faible
- Une irritabilité
- Un stress en lien avec le travail scolaire
- La présence de trouble du comportement à type de bagarres
- La présence d'au moins 3 consommations de substances psychoactives
- La consommation de tabac
- La consommation d'alcool
- La consommation de cannabis
- La déclaration d'idées suicidaires

Dans le groupe F- :

- La présence d'au moins 4 troubles du sommeil
- Des étourdissements
- La présence d'au moins 3 plaintes affectives
- Une insatisfaction concernant la vie
- Une irritabilité
- De la nervosité
- Un stress en lien avec le travail scolaire
- La présence de trouble du comportement à type de brimades agies
- La déclaration d'idées suicidaires
- Une tentative de suicide dans l'année

Aucune variable évaluant la dimension du vécu scolaire ne ressortait significativement plus que les autres pour expliquer les différences observées entre le groupe ayant un bon vécu scolaire et le groupe ayant un mauvais vécu scolaire. La variable évaluant les exigences scolaires perçues était, en revanche, celle qui était la moins associée à des symptômes psychiques. On observe que les différentes variables du vécu scolaire n'étaient pas corrélées de manière significative aux mêmes symptômes.

Les corrélations observées entre les symptômes psychiques et les variables du vécu scolaire sont les suivantes :

Les variables les plus corrélées de façon significative avec la présence d'un **stress en lien avec le travail scolaire** étaient dans l'ordre :

- Exigences scolaires perçues
- Enseignants perçus comme gentils/bienveillants
- Affection pour l'école
- Sentiment d'être traité de manière juste par les enseignants

Les variables les plus corrélées de façon significative avec la présence de **troubles du comportement** étaient dans l'ordre :

- Affection pour l'école
- Sentiment d'être traité de manière juste par les enseignants
- Enseignants perçus comme gentils/bienveillants
- Résultats scolaires

Les variables les plus corrélées de façon significative avec la présence de **troubles affectifs** étaient dans l'ordre :

- Résultats scolaires
- Affection pour l'école

La variable la plus corrélée de façon significative avec la présence **d'idéations et de comportements suicidaires** était :

- Sentiment d'être traité de manière juste par les enseignants

La variable la plus corrélée de façon significative avec la présence de troubles de la **consommation de substances psychoactives** était :

- Enseignants perçus comme gentils/bienveillants

La variable la plus corrélée de façon significative avec la présence d'un syndrome de plaintes **psychosomatiques** était :

- Résultats scolaires

VI.2.1 Forces de l'étude

A notre connaissance, il s'agit d'une des rares études qui s'intéressent aux liens entre le vécu scolaire de l'élève et son bien-être psychique indépendamment de son vécu familial. Les études nationales ou internationales retrouvées dans la littérature s'intéressent plus particulièrement aux liens entre la satisfaction scolaire et les performances scolaires ou encore entre les performances scolaires et l'état de santé global perçu. Nous n'avons pas retrouvé d'autres études qui évaluent spécifiquement les liens entre vécu scolaire et symptômes psychiques en prenant en

compte autant de symptômes, notamment ceux en lien avec les troubles affectifs et les idéations et comportements suicidaires.

Notre travail, par ailleurs, s'intéressait spécifiquement aux éventuels liens entre un vécu scolaire centré sur l'enseignement et l'état de santé mentale des adolescents. Il ne prenait donc pas en compte tous les facteurs impliqués dans la perception du climat scolaire. La notion de climat scolaire perçue également appelé bien-être à l'école, qualité de vie à l'école ou satisfaction de vie à l'école prend en compte l'implication des parents et des pairs, à travers leur soutien et la qualité de leurs relations notamment, mais tient aussi compte de multiples facteurs tels que l'architecture de l'établissement, les activités extra-scolaires proposées ou la qualité de la restauration. Les données de la recherche montrent que la qualité de vie à l'école est influencée par ces différents aspects qui sont extérieurs aux qualités de l'enseignement scolaire. (75) (78) C'est pourquoi nous avons fait le choix de ne pas prendre en compte ces éléments pour mettre en lumière si des liens significatifs existaient uniquement entre le bien-être psychique de l'adolescent et son expérience vis-à-vis de son enseignement scolaire.

En outre, notre étude analysait des données recueillies qui étaient comparables entre elles et cohérentes avec les différents travaux de recherches et enquêtes qui ciblent la population d'adolescents français âgés de 15 ans. Les élèves inclus étaient représentatifs de la population adolescente française et des populations des autres grandes études analysant des données similaires.

VI.2.2 Limites de l'étude

La taille de l'échantillon de notre étude était conséquente (892 élèves), ce qui permettait de comparer de façon fiable la présence de symptômes lorsque l'on considérait notre population dans sa totalité. Cependant lorsque l'on divisait notre échantillon selon la qualité des relations familiales et la qualité du vécu scolaire, pour une grande partie des symptômes évalués la taille de la population ne permettait pas de tirer des conclusions significatives. Un échantillon plus important permettrait probablement une meilleure significativité des résultats.

Concernant les autres limites de notre étude, on retrouve un biais de confusion, les différents groupes comparés n'étant pas strictement homogènes, concernant la répartition par sexe notamment. On sait en effet que les symptômes psychiques et somatiques sont plus fréquemment déclarés par les adolescentes, ce qui peut biaiser certains résultats. Des analyses supplémentaires seraient nécessaires pour observer son implication.

De plus, un biais de sélection est également possible en lien avec l'enquête d'origine dont nous reprenons les données. En effet, les questionnaires de l'étude de l'enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes ont été complétés par les élèves au mois de juin, ce qui peut constituer un biais de sélection puisqu'à cette période de l'année certains élèves ne sont plus en classe. C'est le cas, par exemple, des lycéens en filière professionnelle qui sont en stage à cette période.

VI.3 Analyse des résultats

Des associations avec la qualité du vécu scolaire ont été mises en évidence dans les deux groupes F+ et F- pour l'insatisfaction concernant la vie, l'irritabilité, le stress en lien avec le travail scolaire et les idées suicidaires.

On peut supposer que pour ces symptômes le vécu scolaire perçue est un facteur de risque déterminant quelles que soient les caractéristiques en lien avec le milieu familial de l'adolescent.

VI.3.1 Satisfaction de la vie

Concernant la satisfaction de la vie, ces résultats rejoignent ceux de plusieurs études et enquêtes qui mettent en avant une corrélation entre la satisfaction scolaire et la satisfaction de vie globale. Ces études utilisent également en majorité l'échelle de Cantril pour évaluer la satisfaction concernant la vie. Les données de la recherche mettent cependant en avant des résultats contrastés. (89) Certains auteurs établissent un lien significatif entre la satisfaction de vie globale et la satisfaction de vie à l'école uniquement chez les élèves ne décrivant pas de difficultés dans les apprentissages. D'autres études montrent qu'une plus grande satisfaction de la vie serait également en lien avec de meilleures performances scolaires mais que la réussite scolaire n'expliquerait pas une meilleure satisfaction de la vie. Une étude sur la satisfaction scolaire des élèves de 11, 13 et 15 ans réalisée par l'ORS Poitou-Charentes en 2016 (90) analysait différents indicateurs de la vie de l'adolescent (santé, caractéristiques individuelles, consommation de produits, relations amicales et familiales, nutrition, activité physique, sexualité, scolarité, violences et blessures) pour évaluer l'existence de liens avec la satisfaction scolaire. Elle met en avant une faible association entre satisfaction scolaire et satisfaction concernant la vie. Cette étude prenait cependant en compte uniquement l'affection pour l'école pour définir la satisfaction scolaire et ne prenait pas en compte les autres variables s'intéressant à la scolarité. L'enquête PISA 2018 (2) fait également le lien entre la satisfaction globale de la vie ressentie, l'estime de soi et le vécu scolaire des élèves à travers leurs résultats scolaires notamment. Elle met en avant que les élèves ont de meilleures performances scolaires s'ils se disent modérément satisfaits ou très satisfaits de leur vie.

VI.3.2 Le stress en lien avec le travail scolaire

L'association entre la qualité du vécu scolaire et le stress en lien avec le travail scolaire que nos résultats observent est aussi fréquemment retrouvée dans les données de la littérature. Parmi les études analysant le bien-être des adolescents et les liens avec le vécu scolaire, celle réalisée par Steinmayr et al. (91) a tenté de déterminer dans quelles mesures le bien-être subjectif perçu par les élèves, le niveau d'anxiété lors des contrôles et la réussite scolaire s'influençaient mutuellement. Ils observaient que l'anxiété en lien avec les examens et les résultats scolaires influençaient le bien-être subjectif des élèves. Karatzias et al. (2002) également, ont analysé les liens entre différentes caractéristiques individuelles des adolescents et la qualité de vie à l'école pour mettre en lumière d'éventuels facteurs déterminants. Leurs résultats montrent notamment des liens entre la qualité de vie à l'école et le stress scolaire perçu. (92) Le rapport pour la France de l'enquête PISA 2018 (37) observe aussi que 62% des élèves qui échouent en classe craignent de ne pas avoir suffisamment de talents et que cela les fait douter de leurs projets d'avenir et altère leur satisfaction de la vie. D'autres études font ces liens entre satisfaction scolaire et estime de soi en montrant que les expériences des élèves dans leurs apprentissages à l'école influencent notamment leur sentiment de compétences. (75)

Les résultats de notre étude montrent une association entre des exigences scolaires élevées et un stress en lien avec le travail scolaire. La pression scolaire que se mettent certains adolescents peut être majeure particulièrement lorsqu'ils sont dans les classes de 3^{ème} et au lycée où leurs performances scolaires ont un impact déterminant sur leur orientation future et leur réussite professionnelle. La pression de la société et des parents renforce d'autant plus ce phénomène. On sait, par ailleurs, que le stress est un facteur pouvant impacter les apprentissages de l'élève en entravant par exemple ses capacités de concentration, sa confiance en lui et donc altérer d'autant plus la qualité de son vécu scolaire.

Sa présence doit par conséquent être recherchée devant des élèves montrant une baisse des performances scolaires, des difficultés relationnelles nouvelles avec des professeurs ou même exprimant ne pas aimer l'école, afin d'éviter ce cercle vicieux dans lequel il pourrait s'enfermer. Nos résultats montrent, en effet, une influence de la relation aux enseignants et de l'affection pour l'école sur le stress en lien avec le travail scolaire. Améliorer le soutien des enseignants envers les élèves apparaît comme une des conditions pour que les adolescents se sentent moins isolés face au stress que génère la nécessité de réussite scolaire. Leur permettre d'être plus disponibles pour accompagner chacun d'entre eux de façon plus individualisée semble essentiel. Malheureusement, force est de constater que cela reste dans le système scolaire français difficile à mettre en place face au nombre important d'élèves par classe.

VI.3.3 Consommation de substances psychoactives

Concernant les consommations de toxiques et de médicaments, nos résultats montrent une influence du mauvais vécu scolaire uniquement sur les consommations de tabac, de cannabis et d'alcool dans le groupe qui déclarait des relations familiales de qualité. Si cela peut être en lien avec le trop faible nombre dans le groupe F-V- qui ne nous permettait pas de mettre en avant de différence significative, on peut aussi supposer que le milieu familial est plus déterminant que la qualité du vécu scolaire pour les troubles de l'usage de toxiques. La recherche montre que de bonnes relations avec les parents favorisent les comportements de santé des adolescents avec notamment moins de risques de consommations de substances psychoactives. (93)

Les données de la littérature diffèrent cependant concernant la fréquence des consommations d'alcool par les adolescents selon la qualité de leurs relations familiales. L'enquête de « Consultation nationale 2018 des 6-18 ans » d'Unicef France (77) retrouvait un risque de consommation plus important chez les adolescents qui avaient des relations tendues avec leurs parents alors que l'enquête HBSC 2018 (3) retrouvait, quant à elle, des consommations d'alcool plus importantes chez les adolescents provenant de familles aisées et soutenantes. Cet effet était de plus, plus représenté en France que dans les autres pays de l'OCDE. Ces différences peuvent s'expliquer, entre autres, par la fréquence des consommations et le type de consommation analysés (ivresse, expérimentation ou consommation régulière).

Nos résultats rejoignent cependant les données de la littérature qui montrent que les jeunes insatisfaits de leur vécu scolaire ont plus tendance à consommer des toxiques. (94) (95) L'étude sur la satisfaction scolaire de l'ORS Poitou-Charentes (90) retrouvait aussi des associations significatives entre insatisfaction scolaire et consommations de toxiques.

Ces observations attirent le regard sur l'intérêt d'interroger les consommations de toxiques chez les élèves décrivant un mauvais vécu scolaire.

En outre, la relation qu'entretiennent les adolescents avec leurs enseignants était plus particulièrement corrélée aux troubles des consommations de substances psychoactives dans notre étude.

VI.3.4 Troubles du comportement

Nos résultats mettent en avant que les élèves ayant un mauvais vécu scolaire avaient plus de risques de montrer des comportements à type de brimades ou de bagarres. Leurs présences étaient plus nettement corrélées à l'affection que les élèves avaient pour l'école et au sentiment d'être considérés de façon juste par les enseignants. Le type de comportement violent différait cependant selon la qualité des relations familiales. Dans le groupe ayant de bonnes relations familiales, les élèves ayant un mauvais vécu scolaire déclaraient plus fréquemment participer à des bagarres alors que dans le groupe où la qualité des relations familiales était moindre, les

adolescents déclaraient plus fréquemment brimer leurs camarades. Cet aspect peut, en autres, s'expliquer par des comportements de brimades moins identifiés comme interdits chez les élèves ayant des relations familiales tendues qui peuvent nous faire supposer qu'au domicile également le respect des limites et du cadre est difficile pour ces jeunes.

Ces observations montrent, cependant, que la présence des troubles du comportement n'est pas uniquement expliquée par une cause éducative mais que la qualité du vécu scolaire semble y contribuer également.

Dans le rapport sur « Le climat scolaire perçu par les collégiens » réalisé en 2013 par T. Hubert, les conclusions montraient que le nombre de victimations cité par les élèves était le facteur qui avait le plus d'influence sur le climat scolaire perçu. (96) Par ailleurs, l'enquête HBSC 2014 fait état de différents profils d'élèves face au harcèlement : ceux qui ne sont pas concernés par le harcèlement (82,0%), ceux qui se font uniquement harcelés (8,8%), ceux qui à l'inverse sont du côté des harceleurs (6,3%) et ceux qui appartiennent à la fois au groupe des harceleurs et des harcelés (2,9%). (97) Le rapport « comportements et ressentis des élèves en Poitou-Charentes 2014 » (87) qui reprenait les données de l'enquête HBSC pour l'Académie de Poitiers montrait également que les élèves qui sont auteurs de brimades sont également ceux qui en sont le plus fréquemment les victimes.

Il nous paraît ainsi pertinent face à ces élèves de ne pas seulement être dans une attitude punitive parce qu'ils perturbent le climat scolaire, comme cela est habituel dans les établissements scolaires, mais de questionner une éventuelle souffrance en lien avec leur scolarité et la présence d'autres symptômes psychiques éventuels.

VI.3.5 Plaintes affectives et somatiques

Enfin, des associations entre un mauvais vécu scolaire et la présence de troubles psychiques sont nettement retrouvées dans nos résultats. Les élèves ayant un mauvais vécu scolaire sont ainsi plus nombreux à décrire des troubles affectifs tels que de l'irritabilité ou de la nervosité notamment. Ils déclarent également plus souvent des idées suicidaires et des tentatives de suicide. Ces observations montrent l'importance d'interroger ces symptômes face à des élèves qui décrivent un mauvais vécu scolaire, en particulier ceux qui rapportent ne pas aimer l'école, avoir des résultats inférieurs à la moyenne ou qui semblent plus sensibles à la qualité des relations avec les enseignants. Ces aspects étaient plus significativement corrélés à la présence de symptômes dans notre étude.

Il nous apparaît ainsi crucial devant des élèves qui montrent des difficultés dans les apprentissages ou des difficultés relationnelles avec les enseignants, particulièrement si cela n'était pas constaté auparavant, de pouvoir adresser ces jeunes vers l'infirmière scolaire, par exemple, et de ne pas ignorer de potentiels éléments anxiodépressifs pouvant d'autant plus aggraver un mauvais vécu scolaire.

Les plaintes somatiques et le syndrome de plaintes psychosomatiques étaient aussi plus souvent rapportés par les élèves décrivant un mauvais vécu scolaire. Ces observations rejoignent certaines études internationales qui retrouvaient des liens entre une insatisfaction scolaire, un soutien moindre par les professeurs et des plaintes somatiques. (84)

Les données de notre étude laissent penser que les symptômes psychiques sont plus représentés chez les adolescents ayant des interactions familiales altérées. Dans ce sens, le bilan Innocenti 2020 de l'Unicef met notamment en avant que les adolescents qui perçoivent le moins de soutien familial ont tendance à se sentir moins bien sur le plan affectif. (85)

On constate cependant que certaines associations entre symptômes psychiques (idées suicidaires, irritabilité notamment) et mauvais vécu scolaire sont retrouvées quelle que soit la qualité des relations familiales ce qui suppose que le milieu familial de l'adolescent n'est pas toujours suffisant pour accompagner ces jeunes dans leur mal-être.

Ainsi, face à ces élèves montrant un mauvais vécu scolaire, inclure les parents dans le vécu scolaire global de leur enfant apparaît crucial et non seulement en ce qui concerne ses performances académiques. L'adolescence est une période où le jeune doit se détacher de ses parents et chercher d'autres modèles d'identification. L'école étant le lieu où l'adolescent passe la majeure partie de ses journées, elle doit être un lieu qu'il peut investir positivement pour l'aider dans ces nouveaux enjeux identitaires qu'amène le pubertaire. Une coopération entre l'école et la famille pour accompagner l'adolescent dans ses apprentissages, un regard positif des parents sur l'établissement où il est scolarisé et sur ses enseignants sont primordiaux pour que le jeune se sente en sécurité et autorisé à investir sa scolarité et son école. C'est là que l'amélioration du climat scolaire prend tout son sens puisqu'il concerne à la fois l'élève, les personnels scolaires et les parents. Si les politiques publiques s'y emploient depuis plusieurs années en développant et en renforçant les échanges entre enseignants, parents, partenaires médico-sociaux, médecine scolaire et élèves, la pédopsychiatrie semble cependant rester très à la marge. C'est souvent malheureusement lorsque la présentation des symptômes psychiques est bruyante que les parents ou l'école orientent l'adolescent vers nos services. Pourtant, les enjeux que peuvent représenter la scolarité pour des adolescents décrivant des troubles affectifs par exemple sont majeurs et nécessitent souvent l'implication de professionnels. Un échange entre parents, enseignants et personnels de santé mentale permettrait un meilleur regard sur les difficultés que peut présenter un adolescent et favoriserait la mise en place d'un accompagnement au plus près du jeune et dans chacune des sphères de sa vie. De plus, les troubles relationnels familiaux sont souvent aggravés par les enjeux de l'adolescence et nécessitent dans certains cas un accompagnement des familles que l'école ne peut réaliser. Les professionnels de la santé mentale qu'ils soient pédopsychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux ont souvent leurs places dans ces situations complexes où toutes les décisions qui concernent l'adolescent sont souvent source de conflits.

Les enseignants, également, trouvent là une place dans le dépistage précoce de certaines pathologies telles que les troubles anxieux, la dépression mais aussi des maladies comme la schizophrénie. Les évolutions vers un refus scolaire anxieux sont également à surveiller, cette pathologie pouvant apparaître de façon insidieuse, et se manifester aussi bien par des plaintes somatiques, psychiques que par des troubles du comportement. Les regards des enseignants peuvent, en effet, permettre un repérage et un dépistage plus précoce de ces jeunes à travers les conséquences des symptômes qui sont observables en classe. Pouvoir mieux accompagner ces enseignants dans ces tâches auxquelles ils ne sont pas formés dans leurs études apparaît nécessaire et être du devoir des professionnels de la pédopsychiatrie. De plus, pouvoir dépister plus précocement cette souffrance chez les adolescents nécessite une ouverture des services de pédopsychiatrie sur l'extérieur mais aussi un partenariat plus efficace entre les personnels scolaires, la médecine scolaire, la pédopsychiatrie et les partenaires médico-sociaux (MDA, PAEJ).

VI.4 Axes d'amélioration

Les axes principaux d'amélioration que notre travail met en avant concernent aussi bien le système scolaire que la pédopsychiatrie.

VI.4.1 Les axes d'amélioration à l'école

Comme nous avons pu le voir précédemment, les données de la recherche récente en matière de bien-être chez les enfants et les adolescents mettent en avant des associations significatives entre le vécu scolaire des jeunes, leur bien-être global et leurs performances scolaires. La place centrale de l'école dans la vie des enfants lui confère d'office un rôle primordial pour leur développement.

Le climat scolaire est aujourd'hui au cœur des politiques publiques en matière d'éducation et les pistes d'amélioration qui se développent ces dernières années sont un enjeu majeur pour que les enfants et les adolescents s'épanouissent. Les différents rapports du Cnesco notamment font des états des lieux réguliers des pratiques de notre système scolaire et de ceux à l'étranger et proposent des axes d'amélioration qui sont essentiels. Plusieurs études également demandées par le Ministère de l'Éducation sur les violences scolaires ou le climat scolaire montrent les évolutions et les améliorations visibles en lien avec les mesures déjà mises en place. La loi du 8 juillet 2013 sur le « Refondation de l'École de la République » vient placer le bien-être des enfants au centre des préoccupations de notre système scolaire en le considérant comme tout aussi important que les performances scolaires des élèves. Le regard porté sur les élèves s'élargit progressivement pour ne plus considérer uniquement leurs compétences académiques mais aussi leur permettre de développer l'ensemble de leurs capacités. Le développement des activités scolaires moins académiques, plus centré sur le sport, la créativité ou la culture vise à ouvrir les élèves sur le monde et à les regarder autrement que par le prisme de la réussite scolaire.

Ces mesures mettent également en avant l'importance de renforcer les actions de prévention et d'information en matière de santé auprès des adolescents. Cela a notamment montré des résultats pour les consommations de produits psychoactifs grâce à la multiplication des interventions de prévention réalisées auprès des élèves dans les établissements scolaires. Les récentes enquêtes concernant les consommations de toxiques par les adolescents montrent, en effet, qu'elles ont tendance à diminuer ces dernières années. (71) Les actions de prévention mises en place contre le harcèlement scolaire également semblent porter leurs fruits grâce à la sensibilisation des élèves et des différents intervenants de l'Institution scolaire. Comme le montre bien la définition du climat scolaire à travers les multiples facteurs qu'elle comprend, l'amélioration du vécu scolaire des élèves est l'affaire de tous. (78)

Notre étude montre qu'il y a des associations entre vécu scolaire et symptômes psychiques, il est donc essentiel de pouvoir interroger à la fois l'un et l'autre.

Si les personnels scolaires et notamment les enseignants n'ont pas pour mission et pour compétences de juger du bien-être psychique d'un élève, ils sont cependant en mesure d'apprécier son vécu scolaire. A travers les observations qu'ils peuvent faire de chaque élève en classe, que cela concerne ses résultats, l'implication qu'il met dans son travail (fléchissement ou hyperinvestissement scolaire), l'absentéisme, ou les relations qu'il entretient avec ses professeurs, ces derniers peuvent repérer des éléments clés de la satisfaction scolaire de l'adolescent. Améliorer l'information des enseignants concernant l'influence du vécu scolaire et mettre en place des actions de prévention pour les sensibiliser aux différentes caractéristiques du vécu scolaire qu'ils peuvent observer chez leurs élèves nous apparaissent ainsi essentiels face aux conclusions de notre travail. Un repérage plus précoce de ces élèves en difficulté pour bien vivre leur scolarité est notamment une des conditions pour limiter le décrochage scolaire. Les données de la recherche dans ce domaine montrent l'importance de l'absence de soutien par les enseignants dans les facteurs ayant conduit le jeune à rompre avec sa scolarité. (56)

De plus, il apparaît aussi primordial pour faire ces observations que les enseignants puissent être suffisamment disponibles pour chacun de leurs élèves. On constate en effet que la taille des

effectifs par classe augmente depuis une quinzaine d'années et ne permet pas toujours aux enseignants d'accorder suffisamment de temps à chacun. Cet élément est cependant essentiel pour que chaque élève se sente soutenu et encourager dans son travail scolaire. Cette problématique a d'ailleurs été une nouvelle fois soulignée en 2018 par l'enquête PISA (2) qui met en avant que les élèves français se sentent moins soutenus par leur enseignants que la moyenne des autres pays membres de l'OCDE. Malheureusement, dans le système scolaire français, actuellement seuls certains établissements des REP ou du privé ont la chance de bénéficier d'une réduction des effectifs par classe dans ce but.

En outre, l'Éducation Nationale dispose de psychologues scolaires, d'infirmiers scolaires et d'assistants sociaux qui trouvent une place importante dans l'accompagnement de l'élève qui présente des difficultés. La médecine scolaire doit aussi être sollicitée autant que possible pour étayer les professionnels de l'Institution scolaire. La multidisciplinarité entre ces différents spécialistes doit encore se renforcer, chacun ayant un point de vue spécifique sur les problématiques de l'élève mais également sur les ressources tant sur le plan personnel, social, familial ou scolaire qu'il peut utiliser. Face au manque de personnels (psychologues, infirmiers, médecins scolaires), l'augmentation de ces échanges entre professionnels représente cependant un défi considérable et force est de constater qu'aujourd'hui ces dispositifs d'échanges pluri-professionnels restent réservés aux élèves les plus en difficultés.

VI.4.2 Les axes d'amélioration pour la pédopsychiatrie

Si les orientations vers les services de pédopsychiatrie se font plus facilement de nos jours, pour autant, du fait du manque de médecins et de la demande croissante, les adolescents et leurs familles sont souvent contraints d'attendre plusieurs semaines voire plusieurs mois avant de bénéficier de soins. Dans ces circonstances, les structures d'accueil médico-sociales telles que les MDA par exemple sont souvent d'un grand soutien pour recevoir ces jeunes dans l'attente.

Si la multidisciplinarité des professionnels de l'Éducation Nationale est essentielle, la pédopsychiatrie doit également plus s'y impliquer. Comme développé précédemment, tous les enjeux de l'adolescence peuvent interférer avec la scolarité et mettre le jeune en situation d'échec scolaire, ce qui peut être source d'une grande souffrance. Les professionnels de l'Institution scolaire sont régulièrement en demande d'aide face à ces élèves. S'ils orientent avec plus de facilités ces adolescents vers nos services, les échanges entre milieu scolaire et soins restent par la suite très restreints. Il est rare que des médecins spécialistes autres que les médecins scolaires se rendent aux équipes éducatives par exemple pour discuter de l'accompagnement à la scolarité. Cet aspect est cependant essentiel pour le bon développement de l'adolescent et non seulement pour sa réussite académique. L'école est un lieu de socialisation, d'ouverture sur le monde et doit permettre à l'adolescent de s'épanouir individuellement et d'exploiter toutes ses compétences. Ne pas accompagner les élèves qui décrivent un mauvais vécu scolaire est à risque à la fois d'entraîner ou d'aggraver une souffrance psychique mais également de pousser ces jeunes à rompre avec le système scolaire ne parvenant pas à s'y sentir à leur place. Intervenir en amont, questionner devant un mauvais vécu scolaire le bien-être d'un élève conduirait à une prise en charge plus adaptée et à limiter le risque de décrochage scolaire notamment.

Une plus grande implication des spécialistes de la pédopsychiatrie dans le système scolaire apparaît nécessaire pour considérer l'adolescent non uniquement par le prisme de l'élève qu'il est à l'école. Les recherches sur le climat scolaire montrent une influence de l'environnement extérieur. Ainsi, l'école n'est pas un espace clos, fermé sur lui-même mais est à considérer dans son environnement. (78) Les associations que nous montrons entre des relations aux

enseignants altérées et la présence de symptômes psychiques tels que des troubles du comportement, des abus de substances ou des idéations suicidaires renforcent l'hypothèse que de meilleures relations aux enseignants pourraient améliorer le bien-être des élèves. Les enseignants sont ainsi en première ligne dans le repérage des adolescents en souffrance. Des interventions de prévention, d'information auprès des personnels scolaires apparaissent essentielles. Cela pourrait être le rôle des spécialistes de la pédopsychiatrie pour accompagner et aider ces enseignants à adopter un autre regard sur l'élève. Dans ce sens, le rapport « Mission bien-être et santé des jeunes » réalisé en coopération par le Dr Moro, pédopsychiatre et J-L Brison, Inspecteur d'Académie en 2016 (45) met en avant plusieurs propositions en vue de favoriser la santé des adolescents sur le plan psychique notamment. Les auteurs y exposent l'importance du travail en collaboration entre tous les intervenants qui font partie de l'entourage de l'adolescent. Le dossier de synthèse de 2017 du Cnesco sur le décrochage scolaire (56) rapporte également plusieurs axes d'amélioration dans la prise en charge des jeunes décrivant un mauvais vécu scolaire. Il développe des préconisations s'articulant autour d'interventions dans les établissements où les élèves sont le plus à risque et des actions de prévention visant la qualité des enseignements et l'accompagnement des élèves.

Les professionnels de la pédopsychiatrie sont des spécialistes de l'enfant et de l'adolescent, et ont de ce fait leur place dans les lieux qu'ils fréquentent. La prise en charge de ces jeunes qui consultent dans nos services impose que l'on s'attache à considérer toutes les sphères de leur vie. Si l'importance d'inclure les familles dans les soins de ces patients apparaît évidente, prendre en compte leur scolarité, qui constitue une de leurs principales préoccupations à cette période de la vie, ne doit pas être négligé. De la même manière que la pédopsychiatrie travaille à mieux s'articuler avec les autres professionnels prenant en charge l'enfant (médecin traitant, orthophoniste, intervenants sociaux), elle doit aussi s'ouvrir et sortir des murs de l'hôpital pour aller au plus près de l'environnement des jeunes. Renforcer les dispositifs d'écoute des jeunes déjà mis en place à l'école en mobilisant des professionnels de santé au plus près des adolescents pourrait permettre une plus grande pertinence dans l'orientation de ces adolescents vers les services de pédopsychiatrie. Diminuer l'engorgement des listes d'attente de pédopsychiatrie, mieux cibler la gravité et l'urgence de ces situations ou encore intervenir de façon plus précoce pour limiter les conséquences sont quelques-uns des objectifs pour améliorer le bien-être psychique des adolescents.

Conclusion

Le bien-être des enfants est une préoccupation récente dans notre société. L'établissement de la « Convention relative aux Droits de l'enfant » par l'ONU ne date que du 20 novembre 1989 et l'accès à l'éducation pour tous les enfants est encore un combat dans certaines régions du monde. Si en France, l'école est obligatoire depuis 1882, le rôle éducatif de l'école, et non plus seulement instructif, est bien plus récent. Ce n'est que depuis une trentaine d'années que l'importance du bien-être des enfants à l'école apparaît au centre des préoccupations des politiques publiques. Face aux résultats de différentes grandes enquêtes (PISA, HBSC, Unicef) évaluant l'état de santé des adolescents, leur vécu scolaire ou encore leurs performances scolaires, de nombreux chercheurs ont tenté de mettre en évidence des associations entre ces différentes variables. Les gouvernements se saisissent également, dès les sorties des résultats de ces enquêtes, des points forts et des points faibles qui ressortent de leurs politiques en matière d'éducation.

Si les données récentes de la littérature établissent des liens entre le climat scolaire et le bien-être subjectif des élèves, nous souhaitons dans ce travail évaluer si les caractéristiques du vécu scolaire propres à l'enseignement étaient également associées au bien-être psychique des élèves, indépendamment de l'influence des relations aux pairs, aux parents, aux activités extra-scolaires ou à l'organisation de l'établissement.

Nos résultats montrent des associations significatives entre un mauvais vécu scolaire et la présence de troubles psychiques tels qu'un stress en lien avec le travail scolaire, des plaintes affectives, des idéations suicidaires ou encore des comportements à type de violence ou d'abus de consommation de toxiques. Ces observations rejoignent les données de la littérature supposant une influence du vécu scolaire sur le bien-être des adolescents. Des études avec des effectifs plus importants, notamment, permettraient de conforter ces différences observées selon la qualité du vécu scolaire.

La relation des élèves français aux enseignants, qui apparaît de moindre qualité par rapport à la majorité des autres pays aussi évalués par les enquêtes internationales, nous intéressait particulièrement. Nos résultats font ressortir des associations entre une mauvaise relation aux enseignants et la présence de symptômes psychiques. Cette observation conforte les mesures déjà entamées par les politiques publiques visant une amélioration des relations élèves-enseignants moins centrées sur les performances académiques et plus soutenantes.

Par ailleurs, de par leurs contacts quasi-quotidiens avec les adolescents, les enseignants sont en première ligne dans le repérage des jeunes qui sont en souffrance. Pouvoir mieux accompagner ces professionnels dans le dépistage et l'orientation de ces jeunes vers les structures adaptées nous semble essentiel. L'intervention des spécialistes en pédopsychiatrie pour mener des actions de prévention et d'information auprès des personnels de l'Institution scolaire pourrait améliorer la prise en charge des adolescents. Une plus grande coopération de la pédopsychiatrie avec l'Institution scolaire permettrait également de prendre en charge ces jeunes en souffrance plus précocement et au sein d'un environnement qu'ils connaissent. En effet, consulter en psychiatrie reste, encore aujourd'hui, fortement stigmatisé et conduit un certain nombre d'adolescents ou de parents à ne pas demander d'aide. La présence de personnels de la psychiatrie à l'intérieur même de l'école permettrait probablement à ces jeunes d'avoir moins de réticences et de ne pas attendre que le mal-être s'aggrave avant de nous interpeller.

Bibliographie

1. OECD. PISA 2018 Results (Volume II) : Where All Students Can Succeed | OECD iLibrary. 2018;
Disponible sur: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b5fd1b8f-en/index.html?itemId=/content/publication/b5fd1b8f-en#sect-1>
2. OECD. PISA 2018 Results (Volume III) : What School Life Means for Students' Lives | OECD iLibrary. 2018;
Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/acd78851-en/index.html?itemId=/content/publication/acd78851-en&_csp_=34b83bd6f1788b01629355b271dcc687&itemIGO=oecd&itemContentType=book
3. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jastad A, Cosma A, et al. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-ages Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key Findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
4. Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, Torsheim T, Jastad A, Cosma A, et al. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-ages Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key Data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
5. OMS. Développement des adolescents [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020.
Disponible sur: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
6. Aries P. L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime. Seuil. Paris: Persée - Portail des revues scientifiques en SHS; 1973. (Points histoire; vol. 1).
7. Gros G. Philippe Ariès : naissance et postérité d'un modèle interprétatif de l'enfance. *Hist L'éducation*. 1 janv 2010;(125):49-72.
8. Emmanuelli M. L'adolescence. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2016. 128 p. (Que sais-je ? vol. 3e éd.).
9. Body G, Daraï E, Luton D, Marès P. Gynécologie obstétrique. Elsevier Masson; 2015. (Les référentiels des collègues).
10. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Paris: Elsevier Masson; 2013. 669 p. (Les âges de la vie).
11. Inserm (dir.). Croissance et puberté : évolutions séculaires, facteurs environnementaux et génétiques. Paris; 2007 p. 174. (Les éditions Inserm).
12. Blos P. Les adolescents, essai de psychanalyse. Paris: Stock; 1967. 282 p.
13. Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris: Flammarion; 2011. 360 p. (Champs Classiques).
14. Gutton P. Le pubertaire. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. 324 p. (Quadrige).

15. Kestemberg É. L'identité et l'identification chez les adolescents. In: L'adolescence à vif. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 1999. p. 7-96. (Le fil rouge).
16. Discour V. Changements du corps et remaniement psychique à l'adolescence. Cah Dyn. 1 sept 2011;n° 50(1):40-6.
17. Jeammet P, Corcos M. Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements. 2ème. Paris: Doin; 2010. 140 p. (Polémiques).
18. Birraux A. L'adolescence face aux préjugés de la société. Adolescence. 2012;T. 30 2(2):297-306.
19. Perret-Catipovic M, Ladame F. Adolescence et psychanalyse : une histoire. Paris: Delachaux et Niestlé; 1997. 253 p.
20. Winnicott DW. De la Pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1989. 464 p.
21. Laufer M. L'idéal du moi et le pseudo-idéal du moi à l'adolescence. 1980;(3-4):591-615.
22. Piaget J. Six études de psychologie. Gallimard; 1987. 224 p. (Folio Essais).
23. Catheline N. Quand penser devient douloureux. La Psychiatrie de l'Enfant. 2001;Vol. 44(1):169-210.
24. Guilford JP. Creativity. Am Psychol. 1950;5:444-54.
25. Projet de loi de finances 2019 [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. Juin 2020.
Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/projet-de-loi-de-finances-2019-9428.html>
26. Les grands principes du système éducatif [Internet]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. Mai 2020.
Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/les-grands-principes-du-systeme-educatif-9842.html>
27. Catheline N. Psychopathologie de la scolarité. 3ème édition. Paris: Elsevier Masson; 2012.
28. Martinelli D, Minni C. Face à la crise, le diplôme protège du chômage et favorise l'accès à la formation continue. Form Empl. 2013;
29. Maestre M. Les enseignants, précepteurs ou substituts parentaux ?Quelle est la fonction parentale de l'école ? J Psychol. 2006;237(4):27-30.
30. Beffy M, Perelmuter D. Depuis vingt-cinq ans, une population de plus en plus diplômée mais avec des disparités selon le milieu social encore importantes. Fr Portrait Soc.
31. Vie publique. Le débat sur le collège unique [Internet]. 2019.
Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/eclairage/38483-le-debat-sur-le-college-unique.html>

32. Joutard P. Rapport sur l'évolution du collège. Vie publique; 2001.
33. Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances. 2001-692.
34. Eduscol. Les parcours éducatifs à l'école, au collège et au lycée [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://eduscol.education.fr/cid101019/les-parcours-educatifs-ecole-college-lycee.html>
35. Ministère de l'Education Nationale et de la jeunesse. Le bulletin officiel de l'Education Nationale. Bulletin officiel n°1 du 22 janvier 2019. Ministère de l'Education Nationale et de la jeunesse;
36. Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). Regards sur l'éducation. 2009. (Les indicateurs de l'OCDE).
37. Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). Programme International pour le Suivi des Acquis des élèves (PISA). Résultats du PISA 2018. 2019.
38. Mallet P, Brami F. La conformité entre pairs à l'adolescence comment l'évaluer ? Quelle évolution avec l'âge ? In: Jacquet D, Lehalle H, Zabalia M, éditeurs. Adolescents d'aujourd'hui [Internet]. Rennes: Presses universitaires de Rennes; 2019. p. 55-71. (Psychologies). Disponible sur: <http://books.openedition.org/pur/60035>
39. Organisation Mondiale de la Santé. Une approche fondée sur les normes pour améliorer la qualité des services de santé destinés aux adolescents. 2015.
40. Godeau E, Spilka S, Ehlinger V, Sentenac M, Pacoricona Alfaro DL. Comportement de santé et bien-être des élèves de 11, 13 et 15 ans dans 44 pays ou régions d'Europe et au Canada. Résultats de l'enquête internationale Health behaviour in school-aged children (HBSC) et ENCLASS France 2018. Rennes: EHESP; 2020 p. 12.
41. Fréchou H. Résultats de l'enquête SIVIS 2018-2019 auprès des établissements publics et privés sous contrat du second degré. Paris: Ministère de l'Education Nationale et de la jeunesse; 2019. Report No.: 19.44.
42. Hubert T. Résultats de l'enquête de climat scolaire et victimation auprès des lycéens pour l'année scolaire 2017-2018. Paris: Ministère de l'Education Nationale et de la jeunesse; 2018. Report No.: 18.33.
43. LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République. 2013-595.
44. Jusselme C, Cosquer M, Hassler C. Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. 2013;
45. Moro M-R, Brison J-L. Mission Bien-être et Santé des jeunes. 2016.
46. Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO). Guide à l'attention des collèges et des lycées : une école bienveillante face aux situations de mal-être. Ministère de l'Education

Nationale; 2014.

47. Crocq M-A, Guelfi JD. Mini DSM-5 Critères diagnostiques. Paris: Elsevier Masson; 2016.

48. OMS, Collectif. CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Description clinique et directives pour le diagnostic. Masson; 1992. 305 p.

49. Ringard J-C. A propos de l'enfant dysphasique et de l'enfant dyslexique [Internet]. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. 2019.
Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid1944/a-propos-de-l-enfant-dysphasique-et-de-l-enfant-dyslexique.html>

50. Xavier J, Mayer C, Kloechner A, Perisse D, Plaza M, Cohen D. Les dypraxies de l'enfant : le point de vue du psychiatre. 2006;226-33.

51. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. La scolarisation des élèves en situation de handicap [Internet]. 2020.
Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/la-scolarisation-des-eleves-en-situation-de-handicap-1022.html>

52. Delaubier J-P. La scolarisation des élèves « intellectuellement précoces ». 2002.

53. Catheline N. Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence. In Elsevier Masson; 2010.

54. Tordjman S, Vaivre-Douret L, Chokron S, Kermarrec S. Les enfants à haut potentiel en difficulté : apports de la recherche clinique. L'Encéphale. nov 2018;44(5):446-56.

55. Cristofoli S. En 2017-2018, l'absentéisme touche en moyenne 5,6% des élèves du second degré public. Paris: Ministère de l'Éducation Nationale et de la jeunesse; 2019. Report No.: 10.04.

56. Cnesco. Comment agir plus efficacement face au décrochage scolaire ? Dossier de synthèse. 2017.

57. Cristofoli S. L'absentéisme des élèves soumis à l'obligation scolaire. Un lien étroit avec le climat scolaire et le bien-être des élèves. MENESR-DEPP, bureau des études sur les établissements et l'éducation prioritaire; 2015. (Éducation et formations). Report No.: 88)89.

58. Blaya C. L'absentéisme des collégiens : prévalence et caractéristiques. Sci L'éducation - Pour L'Ère Nouv. 2009;42(4):39-58.

59. Bernard P-Y. Le décrochage scolaire [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2015. 128 p. (Que sais-je ?; vol. 3e éd.).
Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-decrochage-scolaire--9782130730279.html>

60. Janosz M. L'abandon scolaire chez les adolescents : perspective nord-américaine. VEI Enjeux. 2000;(122).

61. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. La lutte contre le décrochage scolaire [Internet]. 2020.
Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/la-lutte-contre-le-decrochage-scolaire-7214.html>
62. Botbol M, Bursztejn C, Golse B, Portelli C. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent R-2020 : Classification psychopathologique. Correspondance et transcodage CIM10. 6ème. Presses de l'Ehesp; 2020.
63. Bernstein GA, Hektner JM, Borchardt CM, Mcmillan MH. Treatment of school refusal : one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(2).
64. Denis H. Le refus scolaire anxieux. Prise en charge par une équipe multidisciplinaire. *Enfances Psy*. 2005;28(3):98-106.
65. Bourdon P. Place et rôle des acteurs de l'école, des parents et du Sapad pour accompagner les élèves en déscolarisation ? *Nouv Rev Adapt Scolarisation*. 2013;62(2):121-32.
66. Bailly D. Adolescence et schizophrénie. In Paris; 2009.
67. Holzer L, Halfon O. Le refus scolaire. *Arch Pédiatrie*. 2006;13(1252-1258).
68. Corcos M, Consoli A, Nicolas I, Clervoy P, Bochereau D, Jeammet P. Troubles maniacodépressifs à l'adolescence. 2006;
69. Corcos M, Cayol V, Alvarez L, Nicolas I, Lamas C. Anorexie mentale et boulimie chez l'adolescente. *Lett Gynécologue*. 2013;(378-379).
70. Durand-Pilat I. « Dévorer les livres » ou le refuge dans la scolarité. In: *Soigner les anorexies graves*. Toulouse: ERES; 2009. p. 55-63. (Hypothèses; vol. 2e éd.).
71. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, et al. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances*. 2018;(123).
72. Adès J, Agid Y, Bach J-F, Barthélémy C, Bégué P, Berthoz A, et al. Rapport 19-04. L'enfant, l'adolescent, la famille et les écrans : appel à une vigilance raisonnée sur les technologies numériques. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 sept 2019;203(6):381-93.
73. Jeammet P. Réflexions sur la parentalité. *Adolescence*. 2006;T. 24 1(1):69-77
74. Guimard P, Bacro F, Ferrière S, Florin A, Gaudonville T. Le bien-être des élèves à l'école et au collège. Validation d'une échelle multidimensionnelle, analyses descriptives et différentielles. *Educ Form*. 2015;88-89.
75. Florin A, Guimard P. Qualité de vie à l'école. Comment l'école peut-elle proposer un cadre de vie favorable à la réussite et au bien-être des élèves ? *Conseil national d'évaluation du système scolaire*; 2017.
76. Pinel-Jacquemin S. Le bien-être à l'école des enfants en situation de précarité. Synthèse de la littérature internationale pour le Conseil National d'Evaluation du Système Scolaire

(CNESCO). CNESCO; 2016.

77. Chevalier J, Paugam S, Maruéjols E, Dolto C. Consultation nationale 2018 des 6/18 ans. Quel genre de vie ? Filles et garçons : inégalités, harcèlements, relations. Paris: Unicef France; 2018.

78. Debarbieux E. Du « climat scolaire » : définitions, effets et politiques publiques. *Educ Form.* 2015;(88-89).

79. Ministère de l'Éducation Nationale de la Jeunesse et des Sports. Climat scolaire et prévention des violences [Internet]. 2020.

Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/climat-scolaire-et-prevention-des-violences-11918.html>

80. Hubert T. Neuf élèves sur dix déclarent se sentir bien dans leur lycée. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP); 2015. Report No.: 50.

81. Hubert T. Au lycée, les filles s'impliquent davantage dans leur travail. Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP); 2016. Report No.: 31.

82. Colin A, Robin S. Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes. Premiers résultats. ORS Poitou-Charentes; 2013 juin p. 90. Report No.: 149.

83. Pacoricona Alfaro BL, Ehlinger V, Sentenac M, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). *Vécu scolaire.* 2014. (La santé des collégiens en France).

84. Vaičiūnas T, Šmigelskas K. The Role of School-Related Well-Being for Adolescent Subjective Health Complaints. *Int J Environ Res Public Health.* janv 2019;16(9):1577.

85. Unicef Innocenti. Des mondes d'influence : Comprendre ce qui détermine le bien-être des enfants dans les pays riches. Florence: Centre de recherche Innocenti de l'Unicef; 2020. (Bilan Innocenti 16).

86. Unicef. Écoutons ce que les enfants ont à nous dire - Adolescents en France : le grand malaise. Unicef France; 2014.

87. Robin S. Comportements et ressentis des élèves de Poitou-Charentes en 2014. Données de l'enquête internationale Health Behaviour in School-ages Children pour l'Académie de Poitiers. 2016. (ORS Poitou-Charentes - HBSC Poitiers 2014-2016). Report No.: 174.

88. Robert M, Du Roscoät E, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Santé mentale et bien-être. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016 p. 6.

89. Gaudonville T. L'impact de la qualité de vie sur les performances scolaires et le développement. Synthèse de la littérature internationale pour le Conseil National d'Évaluation du Système Scolaire (Cnesco). Conseil national d'évaluation du système scolaire; 2017.

90. Robin S. Satisfaction scolaire des élèves de 11, 13 et 15 ans. Facteurs associés à la

satisfaction scolaire à partir des données HBSC Poitou-Charentes 2014. ORS Poitou-Charentes; 2016.

91. Steinmayr R, Crede J, McElvany N, Wirthwein L. Subjective Well-Being, Test Anxiety, Academic Achievement: Testing for Reciprocal Effects. *Front Psychol* [Internet]. 2016;6. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.01994/full>

92. Karatzias A, Power KG, Flemming J, Lennan F, Swanson V. The Role of Demographics, Personality Variables and School Stress on Predicting School Satisfaction/Dissatisfaction: Review of the literature and research findings. *Educ Psychol*. 1 janv 2002;22(1):33-50.

93. Pinel-Jacquemin S. Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé. Synthèse de la littérature internationale pour le Conseil National d'Évaluation du Système Scolaire (CNESCO). Paris: Conseil national d'évaluation du système scolaire; 2016.

94. Cnesco. La qualité de vie à l'école. L'école française propose-t-elle un cadre de vie favorable aux apprentissages et au bien-être des élèves ? Conseil national d'évaluation du système scolaire; 2017.

95. Moore GF, Cox R, Evans RE, Hallingberg B, Hawkins J, Littlecott HJ, et al. School, Peer and Family Relationships and Adolescent Substance Use, Subjective Wellbeing and Mental Health Symptoms in Wales: a Cross Sectional Study. *Child Indic Res*. 1 déc 2018;11(6):1951-65.

96. Hubert T. Le climat scolaire perçu par les collégiens. MENESR-DEPP, bureau des études sur les établissements et l'éducation prioritaire; 2015. (Education et formations). Report No.: 88-89.

97. Ehlinger V, Catheline N, Navarro F, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Brimades, harcèlement, violences scolaires, bagarres. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016 p. 8. (La santé des collégiens en France).

Annexes

I. Annexe 1 : Classification de Tanner des stades de développement pubertaire

I.1 Stades de développement pubertaires

I.1.1 Pilosité pubienne garçons et filles

Référence	Caractéristiques
P1	Absence de pilosité
P2	Quelques poils longs sur le pubis
P3	Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse
P4	Pilosité pubienne fournie
P5	La pilosité s'étend à la racine des cuisses et s'allonge vers l'ombilic chez le garçon

I.1.2 Développement mammaire

Référence	Caractéristiques
S1 ou B1	Absence de développement mammaire
S2 ou B2	Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole
S3 ou B3	La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole
S4 ou B4	Développement maximum du sein (apparition d'un sillon sous-mammaire), saillie de l'aréole et du mamelon sur la glande
S5 ou B5	Aspects adulte, disparition de la saillie de l'aréole

I.1.3 Développement des organes génitaux du garçon

Référence	Caractéristiques
G1	Testicules et verge de taille infantile
G2	Augmentation du volume testiculaire de 4 à 6 ml (L 25 à 30 mm)
G3	Continuation de l'accroissement testiculaire de 6 à 12 ml (L 30-40 mm), accroissement de la verge
G4	Accroissement testiculaire de 12 à 16 ml (L 40-50 mm) et de la verge
G5	Morphologie adulte

Source: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/222/Chapitre_4.html?sequence=1530&isAllowed=y

II. Annexe 2 : Questionnaire Ados 15 ans Poitou-Charentes



Faculté de Médecine
de Poitiers



Département de
médecine générale



Health Behaviour in School-aged Children

Une enquête internationale de l'Organisation Mondiale de la Santé sur
les modes de vie et la santé des élèves de 11, 13 et 15 ans

Régional Poitou-Charentes
15 ans

Bonjour,

Merci de nous aider à faire cette enquête !

En répondant à ce questionnaire, tu vas nous aider à mieux comprendre comment vivent les jeunes de ton âge. Les mêmes questions sont posées dans 42 autres pays d'Europe et d'Amérique du nord.

Tes réponses ne seront lues que par les chercheurs responsables de l'enquête. **Personne dans ton établissement scolaire ni dans ta famille ne pourra lire ce que tu as écrit. Ce questionnaire est anonyme.** Tu ne dois donc pas écrire ton nom dessus. Après l'avoir rempli, tu le fermeras avec l'étiquette qui t'a été distribuée, puis tu le mettras dans l'enveloppe commune, qui sera envoyée au centre de recherche.

Comme ce questionnaire est le même dans les différents pays, il peut y avoir des questions qui te paraissent inhabituelles. Prends ton temps pour bien lire chaque question, l'une après l'autre, et y répondre le plus honnêtement possible. Nous sommes seulement intéressés par ce que toi tu vis et penses. Il ne s'agit ni d'un test ni d'un contrôle, il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses.

Ce que tu dois savoir avant de commencer

- Utilise un stylo noir ou bleu foncé (surtout pas un crayon, un stylo brillant ou de couleur claire ni un gros marqueur).
- Tu dois répondre aux questions dans l'ordre.
- Pour presque toutes les questions, tu auras à mettre une croix dans la case en face de la réponse qui est la plus proche de ce que tu penses. Sauf exception signalée, tu ne dois cocher qu'une seule case, sinon, nous ne pourrions pas prendre en compte ta réponse. Par exemple :

Est-ce que tu as une chambre pour toi tout(e) seul(e) ?

- 1 Non
2 Oui

- si tu t'es trompé(e), noircis complètement la case et coche la bonne case. Par exemple :

Est-ce que tu as une chambre pour toi tout(e) seul(e) ?

- 1 Non
2 Oui

Tu avais coché « Non » alors que tu voulais répondre « Oui ».

- si tu trouves une question difficile, choisis la réponse qui te semble vraie la plupart du temps.
- Tu peux ne pas répondre à une question si tu ne le veux pas.

Nous te remercions beaucoup de ta participation.

L'équipe de POITOU-CHARENTE

1) Es-tu une fille ou un garçon ?

- 1 Fille
2 Garçon

2) En quelle classe es-tu ?

- 1 3^{ème} générale
2 3^{ème} SEGPA
3 2^{ème} générale et techno
4 2^{ème} professionnelle
5 Autre.....

3) En quel mois es-tu né(e) ?

- 1 Janvier
2 Février
3 Mars
4 Avril
5 Mai
6 Juin
7 Juillet
8 Août
9 Septembre
10 Octobre
11 Novembre
12 Décembre

4) En quelle année es-tu né(e) ?

- 1 1995
2 1996
3 1997
4 1998
5 1999

5) Combien de fois par semaine prends-tu un petit-déjeuner

(plus qu'un bol de café ou de thé, de lait ou qu'un verre de jus de fruit ?

Coche une case pour la semaine et une autre pour le week-end

Semaine (du lundi au vendredi) :	Week-end :
1 <input type="checkbox"/> Je ne prends jamais de petit-déjeuner en semaine	1 <input type="checkbox"/> Je ne prends jamais de petit-déjeuner le week-end
2 <input type="checkbox"/> Un jour	2 <input type="checkbox"/> D'habitude, je ne prends un petit-déjeuner qu'un seul matin du week-end (le samedi OU le dimanche)
3 <input type="checkbox"/> Deux jours	3 <input type="checkbox"/> D'habitude, je prends un petit-déjeuner les deux matins du week-end (le samedi ET le dimanche)
4 <input type="checkbox"/> Trois jours	
5 <input type="checkbox"/> Quatre jours	
6 <input type="checkbox"/> Cinq jours	

9) Combien de fois par semaine prends-tu le repas du soir avec ton père ou ta mère ?

- 1 Jamais
2 Moins d'une fois par semaine
3 1 ou 2 jours par semaine
4 3 ou 4 jours par semaine
5 5 ou 6 jours par semaine
6 Tous les jours

13) Pour le moment, fais-tu un régime ou autre ou autre chose pour perdre du poids ?

- 1 Non, mon poids est bon
2 Non, mais j'ai besoin de perdre du poids
3 Non, parce que j'ai besoin de grossir
4 Oui

Activité physique

Une activité physique est n'importe quelle activité qui augmente la vitesse des battements du cœur et fait se sentir essoufflé(e) par moments.

On peut pratiquer une activité physique en faisant du sport, en jouant avec des amis à l'école ou non ou bien en allant à l'école en marchant.

Quelques exemples d'activité physique : courir, marcher vite, faire du raller, faire du vélo, danser, faire du skate, nager, faire du foot, du rugby, du basket, ou du surf.

Pour la question suivante, additionne tout le temps que tu passes à faire une activité physique chaque jour.

16) Pendant les 7 derniers jours, combien de jours as-tu pratiqué une activité physique pour un total de 60 minutes (1 heure) au moins par jour ?

- 1 0 jour
2 1 jour
3 2 jours
4 3 jours
5 4 jours
6 5 jours
7 6 jours
8 7 jours

17) Habituellement, combien de temps mets-tu pour aller de la maison à l'école ?

- 1 Moins de 5 minutes
2 5-15 minutes
3 15-30 minutes
4 30 minutes à 1 heure
5 Plus d'1 heure

18) Lors d'un jour ordinaire, est-ce que ta PRINCIPALE manière d'ALLER à l'école est :
Attention, coche une seule case

- 1 La marche
- 2 Le vélo
- 3 Le bus, le tramway, le train, le bateau
- 4 La voiture, la moto ou le scooter
- 5 D'autres moyens

19) Lors d'un jour ordinaire, est-ce que ta PRINCIPALE manière de REVENIR de l'école est :
Attention, coche une seule case

- 1 La marche
- 2 Le vélo
- 3 Le bus, le tramway, le train, le bateau
- 4 La voiture, la moto ou le scooter
- 5 D'autres moyens

21) En dehors des heures d'école, combien de fois par semaine habituellement, fais-tu du sport pendant ton temps libre au point de transpirer ou d'être essoufflé(e)

- 1 Chaque jour
- 2 4 à 6 fois par semaine
- 3 2 à 3 fois par semaine
- 4 Une fois par semaine
- 5 Une fois par mois
- 6 Moins d'une fois par mois
- 7 Jamais

22) En dehors des heures d'école, combien d'heures par semaine habituellement, fais-tu du sport pendant ton temps libre au point de transpirer ou d'être essoufflé(e)

- 1 Aucune
- 2 Environ une demi-heure
- 3 Environ 1 heure
- 4 Environ 2 à 3 heures
- 5 Environ 4 à 3 heures
- 6 7 heures et plus

Consommations

23) As-tu déjà fumé du tabac ?
 (au moins une cigarette, un cigare ou une pipe)

- 1 Oui
- 2 Non

24) Tous les combien fumes-tu actuellement ?

- 1 Je ne fume pas
- 2 Moins d'une fois par semaine
- 3 Au moins une fois par semaine, mais pas tous les jours
- 4 Chaque jour

25) Actuellement, tous les combien bois-tu des boissons alcoolisées, par exemple bière, vin, ou alcools forts ?

Essaye de compter même les fois où tu n'as bu que des petites quantités

Coche une seule case pour chaque ligne

	Chaque jour				
	Chaque semaine				
	Chaque mois				
	Rarement				
	Jamais				
1. Bière	<input type="checkbox"/>				
2. Vin, champagne, sangria	<input type="checkbox"/>				
3. Alcools forts (eau de vie, cocktail, whisky, vodka, pastis, digestifs...)	<input type="checkbox"/>				
4. Premix (bouteille ou canette contenant un mélange de soda et d'alcool : Smirnoffice, Boomerang, Voodoo...)	<input type="checkbox"/>				
5. Cidre	<input type="checkbox"/>				
6. Boisson énergisante associée à l'alcool	<input type="checkbox"/>				
7. Autre boisson contenant de l'alcool	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

26) As-tu déjà consommé de l'alcool au point d'être complètement ivre (soûl, soûle) ?

- 1 Non, jamais
- 2 Oui, une fois
- 3 Oui, 2 ou 3 fois
- 4 Oui, 4 à 10 fois
- 5 Oui, plus de 10 fois

27) As-tu déjà consommé du cannabis (haschich, joint, shit, herbe "H", marijuana) ?

Coche une case pour chaque ligne

	40 fois ou plus						
	20 à 39 fois						
	10 à 19 fois						
	6 à 9 fois						
	3 à 5 fois						
	1 ou 2 fois						
	Jamais						
1. Dans ta vie	<input type="checkbox"/>						
2. Au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>						
3. Au cours des 30 derniers jours	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

28) A quel âge as-tu fait les choses suivantes pour la première fois ?

S'il y a quelque chose que tu n'as pas fait, coche "jamais"
Coche une case pour chaque ligne

	15 ans ou plus					
	14 ans					
	13 ans					
	12 ans					
	11 ans ou moins					
	Jamais					
1. Boire de l'alcool (plus qu'un petit peu)	<input type="checkbox"/>					
2. Etre ivre (soul, soûle)	<input type="checkbox"/>					
3. Fumer une cigarette (plus qu'une bouffée)	<input type="checkbox"/>					
4. Fumer du cannabis (haschich, marijuana, herbe, un joint ou shit)	<input type="checkbox"/>					
5. Prendre d'autres drogues que le cannabis, l'alcool et le tabac.	<input type="checkbox"/>					
	1	2	3	4	5	6

29) Combien de fois as-tu fait les choses suivantes au cours des 30 derniers jours ?

S'il y a quelque chose que tu n'as pas fait, coche "jamais"
Coche une case pour chaque ligne

	40 fois ou plus						
	20 à 39 fois						
	10 à 19 fois						
	6 à 9 fois						
	3 à 5 fois						
	1 à 2 fois						
	Jamais						
1. Fumer des cigarettes	<input type="checkbox"/>						
2. Boire une boisson alcoolisée	<input type="checkbox"/>						
3. Etre ivre	<input type="checkbox"/>						
	1	2	3	4	5	6	7

A l'école

31) Selon toi, comment tes professeurs trouvent tes résultats scolaires comparés à ceux de tes camarades ?

- 1 Très bons
 2 Bons
 3 Moyens
 4 En dessous de la moyenne

32) Actuellement, que penses-tu de ton école, collège ou lycée ?

- 1 Je l'aime beaucoup
 2 Je l'aime un peu
 3 Je ne l'aime pas beaucoup
 4 Je ne l'aime pas du tout

30) Voici quelques phrases à propos de ton école. Indique à quel point tu es d'accord ou non avec chacune d'entre elles.

Coche une seule case pour chaque ligne

	Pas du tout d'accord				
	Pas d'accord				
	Ni d'accord ni pas d'accord				
	D'accord				
	Tout à fait d'accord				
1. Les élèves de ma classe ont du plaisir à être ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La plupart des élèves de ma classe sont gentils et prêts à aider les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les autres élèves m'acceptent comme je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dans mon école, on tient compte des propositions des élèves pour organiser le temps de la classe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dans mon école, on tient compte des propositions des élèves pour le choix des activités à faire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mes enseignants traitent les élèves de manière juste (équitable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La plupart de mes enseignants sont bienveillants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je trouve le travail scolaire difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je trouve le travail scolaire fatiguant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

33) Es-tu stressé(e) par le travail scolaire ?

- 1 Pas du tout
 2 Un peu
 3 Assez
 4 Beaucoup

Brimades et violences

On dit qu'un(e) élève EST BRIMÉ(E) lorsqu'un(e) autre élève ou un groupe d'élèves lui disent ou lui font des choses méchantes ou qui ne lui plaisent pas. On parle aussi de brimade quand on se moque de manière répétée d'un(e) élève d'une façon qui ne lui plaît pas, ou quand on le (la) met délibérément de côté.

Par contre, si deux élèves de la même force se disputent ou se battent, on ne peut pas dire que l'un d'eux (l'une d'elles) est brimé(e). De même, on ne parle pas de brimade quand on plaisante pour s'amuser et de manière amicale.

34) Tous les combien as-tu été brimé(e) à l'école ces deux derniers mois ?

- 1 Je n'ai pas été brimé(e) à l'école ces deux derniers mois
 2 Cela m'est arrivé une ou deux fois
 3 2 ou 3 fois par mois
 4 Environ une fois par semaine
 5 Plusieurs fois par semaine

35) Tous les combien as-tu été brimé(e) à l'école ces deux derniers mois de la façon suivante ?

Coche une seule case pour chaque ligne

	Plusieurs fois par semaine				
	Environ une fois par semaine				
	2 ou 3 fois par mois				
	Seulement une ou deux fois				
	Je n'ai pas été brimé(e) de cette façon dans les 2 derniers mois				
1. On m'a traité(e) de tous les noms, on s'est moqué de moi de façon blessante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les autres élèves m'ont volontairement tenu(e) à l'écart de certaines choses, m'ont exclu(e) de leur groupe d'amis, ou m'ont complètement ignoré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai reçu des coups de pieds, été frappé(e), poussé(e), bousculé(e) ou enfermé(e) à l'intérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. D'autres élèves ont raconté des mensonges ou répandu de fausses rumeurs sur moi pour que les autres ne m'aiment plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai été brimé(e) avec des injures et des commentaires sur ma couleur de peau ou mes origines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai été brimé(e) avec des injures et des commentaires sur ma religion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. D'autres élèves ont fait des blagues, commentaires ou gestes à connotation sexuelle à mon sujet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. On a utilisé un ordinateur, des e-mails ou des photographies pour me brimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. On a utilisé un téléphone mobile pour me brimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

36) Tous les combien as-tu participé à brimer un(e) ou des élèves ces deux derniers mois ?

- 1 Je n'ai pas participé à brimer un(e) ou des élèves ces deux derniers mois
- 2 Cela m'est arrivé une ou deux fois
- 3 2 ou 3 fois par mois
- 4 Environ une fois par semaine
- 5 Plusieurs fois par semaine

37) As-tu déjà été victime de violence à l'intérieur de l'école ? *Tu peux cocher plusieurs cases*

- 1 Non, jamais
- 2 Oui, j'ai été frappé(e)
- 3 Oui, on m'a volé mes affaires
- 4 Oui, j'ai été victime de racket
- 5 Oui, d'une autre manière

38) As-tu peur de la violence à l'école ou aux alentours (à la sortie, sur le chemin, en bus scolaire)? *Tu peux cocher plusieurs cases*

- 1 Non, pas vraiment
- 2 Oui, j'ai peur d'être frappé(e)
- 3 Oui, j'ai peur qu'on me vole mes affaires
- 4 Oui, j'ai peur du racket
- 5 Oui, j'ai peur d'une autre sorte de violence

101) As-tu peur de la violence ailleurs qu'à l'école (dans la rue, dans un magasin, dans ta famille, sur un terrain de sport, dans le bus...)?

Tu peux cocher plusieurs cases

- 1 Non, pas vraiment
- 2 Oui, j'ai peur d'être frappé(e)
- 3 Oui, j'ai peur qu'on me vole mes affaires
- 4 Oui, j'ai peur du racket
- 5 Oui, j'ai peur mais d'autres sortes de violence

102) Au cours des 12 derniers mois, as-tu été le témoin de violences ? (c'est-à-dire, les as-tu vu)

Tu peux cocher plusieurs cases

- 1 Oui, une fois
- 2 Oui, plusieurs fois
- 3 Non
- 4 Je ne sais pas

103) Si oui, il s'agissait selon toi (plusieurs réponses)

1. D'une bagarre : 1 oui 2 non
2. D'un vol : 1 oui 2 non
3. De racket : 1 oui 2 non
4. De menaces ou d'injures : 1 oui 2 non
5. Autre : précise :

104) As-tu déjà été victime de violence hors de l'école (dans la rue, dans un magasin, dans ta famille, sur un terrain de sport, dans le bus...)?

Tu peux cocher plusieurs cases

- 1 Non, jamais
- 2 Oui, j'ai été frappé(e)
- 3 Oui, on m'a volé mes affaires
- 4 Oui, j'ai été victime de racket
- 5 Oui, d'une autre manière

Ta famille

Toutes les familles sont différentes (par exemple, tout le monde ne vit pas avec ses deux parents, certains ne vivent qu'avec un seul parent, d'autres ont deux maisons ou vivent dans deux familles) et nous aimerions avoir des renseignements sur la tienne.

39) Réponds à la question suivante pour la maison où tu vis tout le temps ou la plupart du temps.

Coche les cases des personnes qui y vivent avec toi (Plusieurs réponses possibles)

- 1 Mère
 2 Père
 3 Belle-mère (partenaire, copine ou amie du père)
 4 Beau-père (partenaire, copain ou ami de la mère)
 5 Frère(s) ou sœur(s)
 6 Grand(s)-parent(s)
 7 Autre(s) membre(s) de la famille
 8 Autre(s)

42) Dans quelle mesure penses-tu que ta famille est financièrement à l'aise ? Ma famille est :

- 1 Très à l'aise
 2 Plutôt à l'aise
 3 Moyennement à l'aise
 4 Très peu à l'aise
 5 Pas à l'aise du tout

43) Ton père a-t-il un travail ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Je ne sais pas
 4 Je n'ai pas de père ou je ne le vois pas

44) Si NON, pourquoi ton père n'a-t-il pas de travail ? (Coche la case qui décrit le mieux la situation)

- 1 Il est malade, retraité ou étudiant
 2 Il cherche du travail
 3 Il s'occupe des autres ou est à la maison à plein temps
 4 Je ne sais pas

45) Ta mère a-t-elle un travail ?

- 1 Oui
 2 Non
 3 Je ne sais pas
 4 Je n'ai pas de mère ou ne la vois pas

46) Si NON, pourquoi ta mère n'a-t-elle pas de travail ? (Coche la case qui décrit le mieux la situation)

- 1 Elle est malade, retraitée ou étudiante
 2 Elle cherche du travail
 3 Elle s'occupe des autres ou est à la maison à plein temps
 4 Je ne sais pas

105) Ma mère :

Coche une case par ligne

Je n'ai plus de mère ou ne la vois pas		Jamais			
		Parfois			
		Presque toujours			
1. M'aide autant que j'en ai besoin.	<input type="checkbox"/>				
2. Me laisse faire les choses que j'aime.	<input type="checkbox"/>				
3. Est aimante, affectueuse.	<input type="checkbox"/>				
4. Comprend mes problèmes et mes soucis.	<input type="checkbox"/>				
5. Aime que je prenne moi-même mes décisions.	<input type="checkbox"/>				
5. Essaie de contrôler ce que je fais.	<input type="checkbox"/>				
6. Me traite comme un bébé	<input type="checkbox"/>				
7. Me fait aller mieux quand ca ne va pas.	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4

106) Mon père :

Coche une case par ligne

Je n'ai plus de père ou ne le vois pas		Jamais			
		Parfois			
		Presque toujours			
1. M'aide autant que j'en ai besoin.	<input type="checkbox"/>				
2. Me laisse faire les choses que j'aime.	<input type="checkbox"/>				
3. Est aimant, affectueux.	<input type="checkbox"/>				
4. Comprend mes problèmes et mes soucis.	<input type="checkbox"/>				
5. Aime que je prenne moi-même mes décisions.	<input type="checkbox"/>				
5. Essaie de contrôler tout ce que je fais.	<input type="checkbox"/>				
6. Me traite comme un bébé	<input type="checkbox"/>				
7. Me fait aller mieux quand ca ne va pas.	<input type="checkbox"/>				
		1	2	3	4

47) Est-il facile ou non pour toi de parler des choses qui te préoccupent vraiment (des choses importantes, graves...) avec les personnes suivantes ?

Coche une seule case pour chaque ligne

	<i>Je n'ai pas ou je ne vois pas cette personne</i>				
	<i>Très difficile</i>				
	<i>Difficile</i>				
	<i>Facile</i>				
	<i>Très facile</i>				
	1	2	3	4	5
1. Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Belle-mère (partenaire, copine ou amie du père)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beau-père (partenaire, copain ou ami de la mère)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frère(s) aîné(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sœur(s) aînée(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Meilleur(e) ami(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ami(e)s du même sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ami(e)s du sexe opposé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48) Est-ce que tu as une chambre pour toi tout(e) seul(e) ?

- 1 Non
2 Oui

107) si oui, disposes-tu d'un écran dans ta chambre : télé, ordinateur, console ?

- 1 Non
2 Oui

49) Est-ce que ta famille a une voiture (ou une camionnette) ?

- 1 Non
2 Oui, une
3 Oui, deux ou plus

50) Combien d'ordinateurs ta famille possède-t-elle ?

- 1 Aucun
2 Un
3 Deux
4 Plus de deux

51) Durant les 12 derniers mois, combien de fois as-tu voyagé avec ta famille pour partir en vacances ?

- 1 Jamais
2 Une fois
3 Deux fois
4 Plus de deux fois

Tu peux cocher plusieurs cases par ligne

quand tu as, ou si tu avais une difficulté concernant... 	Non concerné, tu ne sais pas quoi répondre									
	Tu n'en parles à personne									
	Une autre personne									
	Un(e) ami(e)									
	Une personne de la vie scolaire									
	Médecin ou infirmière scolaire									
Un(e) enseignant(e)										
Ton médecin										
Un parent										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52.1 ...tes résultats scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.2 ... ta santé physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.2 ...le fait d'être normal ou pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.4 ...du stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.5 ...ton moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.1 ...des agressions subies (violences physiques dont tu as été victime)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.2 ...ta sexualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.3 ...ton agressivité envers toi ou les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.4 ... ton temps passé devant un écran vidéo, Internet ou la télé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.4 ... tes relations avec un de tes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.1 ...ta consommation de produits (alcool, tabac, cannabis, ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.2 ... tes relations avec un de tes enseignant(e)s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54.3 ... tes relations avec tes ami(e)s, copains ou copines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53.1 ... tes relations avec ton petit ami ou ta petite amie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tu peux cocher plusieurs cases par ligne

Et si tu en parles à	Une autre personne						
	Un(e) ami(e)						
	Une personne de la vie scolaire						
	Un(e) enseignant(e)						
	Médecin scolaire ou infirmière scolaire						
	Ton médecin						
Un parent							
	1	2	3	4	5	6	7
c'est parce que							
1 ... Il(elle) t'a déjà aidé(e) ou soutenu(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ... Il(elle) est disponible pour t'écouter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3Tu comprends ce qu'il/elle dit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ... Tu te sens compris(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ... Il(elle) sait te mettre à l'aise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ... Tu ne crains pas de le(la) décevoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ... Il(elle) sait te poser les bonnes questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ... Il(elle) garde les secrets qu'on lui confie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9... Tu ne te sens pas jugé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	55.1	55.2	55.3	55.4	56.1	56.2	56.3
	57.4						

57) Combien d'heures par jours environ regardes-tu habituellement la télévision (y compris des films vidéo et des DVD) pendant ton temps libre ?
Coche une seule case pour la semaine et une seule pour le week-end

<u>Semaine</u> (du lundi au vendredi) :	<u>Week-end</u>
1 <input type="checkbox"/> Aucune	1 <input type="checkbox"/> Aucune
2 <input type="checkbox"/> Environ 1/2 h par jour	2 <input type="checkbox"/> Environ 1/2 h par jour
3 <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour	3 <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour
4 <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour	4 <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour
5 <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour	5 <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour
6 <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour	6 <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour
7 <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour	7 <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour
8 <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour ou plus	8 <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour ou plus

58) Combien d'heures par jours environ joues-tu habituellement à des jeux sur un ordinateur ou sur une console (Playstation, Xbox, Gamecube, etc...) pendant ton temps libre ?

Coche une seule case pour la semaine et une seule pour le week-end

<u>Semaine</u> (du lundi au vendredi) :	<u>Week-end</u>
1 <input type="checkbox"/> Aucune	1 <input type="checkbox"/> Aucune
2 <input type="checkbox"/> Environ 1/2 h par jour	2 <input type="checkbox"/> Environ 1/2 h par jour
3 <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour	3 <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour
4 <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour	4 <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour
5 <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour	5 <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour
6 <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour	6 <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour
7 <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour	7 <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour
8 <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour ou plus	8 <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour ou plus

59) Combien d'heures par jour environ utilises-tu habituellement un ordinateur pour participer à des forums de discussion (des « chats »), surfer sur Internet, envoyer du courrier électronique (des e-mails), faire des devoirs pendant ton temps libre ?

Coche une seule case pour la semaine et une seule pour le week-end

<u>Semaine</u> (du lundi au vendredi) :	<u>Week-end</u>
1 <input type="checkbox"/> Aucune	1 <input type="checkbox"/> Aucune
2 <input type="checkbox"/> Environ 1/2 h par jour	2 <input type="checkbox"/> Environ 1/2 h par jour
3 <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour	3 <input type="checkbox"/> Environ 1 h par jour
4 <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour	4 <input type="checkbox"/> Environ 2 h par jour
5 <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour	5 <input type="checkbox"/> Environ 3 h par jour
6 <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour	6 <input type="checkbox"/> Environ 4 h par jour
7 <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour	7 <input type="checkbox"/> Environ 5 h par jour
8 <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour ou plus	8 <input type="checkbox"/> Environ 6 h par jour ou plus

Page 9

Santé

60) Dirais-tu que ta santé est :

- 1 Excellente
 2 Bonne
 3 Assez bonne
 4 Mauvaise

61) Combien pèses-tu (sans vêtements) ?

, Kilos

62) Combien mesures-tu (sans chaussures) ?

1, mètre

63) Voici le dessin d'une échelle. Au sommet de l'échelle, "10" est la meilleure vie possible pour toi, tout en bas, "0" est la pire vie possible pour toi. Globalement, où dirais-tu que tu te trouves sur l'échelle en ce moment ?

Coche la case en face du nombre qui décrit au mieux où tu te trouves

<input type="checkbox"/>	10	Meilleure vie possible
<input type="checkbox"/>	9	
<input type="checkbox"/>	8	
<input type="checkbox"/>	7	
<input type="checkbox"/>	6	
<input type="checkbox"/>	5	
<input type="checkbox"/>	4	
<input type="checkbox"/>	3	
<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/>	1	
<input type="checkbox"/>	0	Pire vie possible

64) Durant les six derniers mois, tous les combien as-tu eu ?

Coche une seule case pour chaque ligne

	Rarement ou jamais				
	Environ une fois par mois				
	Environ une fois par semaine				
	Plusieurs fois par semaine				
	A peu près chaque jour				
1. Mal à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mal au dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Des difficultés à t'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Des étourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

65- Durant les six derniers mois, tous les combien as-tu été
Coche une seule case pour chaque ligne

	Rarement ou jamais				
	Environ une fois par mois				
	Environ une fois par semaine				
	Plusieurs fois par semaine				
	A peu près chaque jour				
1.... déprimé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.... irritable ou de mauvaise humeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

66) Le mois dernier, as-tu pris des médicaments pour soigner les troubles suivants :

Coche une seule case pour chaque ligne

	Oui, plus d'une fois		
	Oui, une fois		
	Non		
1. Mal à la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mal au ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Difficultés à t'endormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nervosité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Autre chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

67) Penses-tu que ton corps est :

- 1 Beaucoup trop maigre
 2 Un peu trop maigre
 3 A peu près au bon poids
 4 Un peu trop gros
 5 Beaucoup trop gros

sexualité

108) As-tu déjà eu un(e) petit(e) ami(e) ?

- 1 Oui
 2 Non

68) As-tu déjà eu des rapports sexuels (on dit aussi « faire l'amour ») ?

- 1 Non
 2 Oui

69) Quel âge avais-tu quand tu as eu des rapports sexuels pour la première fois ?

- 1 Je n'ai jamais eu de rapports sexuels
 2 11 ans ou moins
 3 12 ans
 4 13 ans
 5 14 ans
 6 15 ans
 7 16 ans

71) Lors de ton dernier rapport sexuel, quelle(s) méthode(s) as-tu (ou ton/ta partenaire) utilisée(s) pour éviter une grossesse ?

- 1 Je n'ai jamais eu de rapport sexuel
 2 Aucune méthode n'a été utilisée pour éviter une grossesse
 3 Pilule contraceptive 1 Oui 2 Non
 4 Préservatifs 1 Oui 2 Non
 5 Retrait 1 Oui 2 Non
 6 Pilule du lendemain 1 Oui 2 Non
 7 Une autre méthode 1 Oui 2 Non
 8 Je ne suis pas sûr(e). 1 Oui 2 Non

72) Au cours de ta vie as-tu été victime d'une agression sexuelle ? (y compris tentative) ?

- 1 oui
 2 non

109) Si oui, l'agresseur était ?

- 1 un inconnu
 2 une personne connue autre qu'un membre de ta famille
 3 un membre de ta famille

73) Au cours de ta vie t'es-tu déjà blessé(e) volontairement ? (c'est-à-dire notamment des coupures, des griffures ou des coups)

- 1 non
 2 oui une fois
 3 oui plusieurs fois

74) Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé au suicide ?

- 1 jamais
- 1 rarement
- 1 assez souvent
- 1 très souvent

75) Durant les 12 derniers mois, combien de fois as-tu tenté de te suicider ?

- 1 A aucun moment
- 2 Une fois
- 3 2,3, 4 ou 5 fois
- 4 6 fois ou plus

76) Au cours de ta vie, combien de fois as-tu tenté de te suicider ?

- 1 A aucun moment
- 2 Une fois
- 3 2,3, 4 ou 5 fois
- 4 6 fois ou plus

77) Si tu as déjà au moins fait une tentative de suicide au cours de ta vie

	Non	
	Oui	
1 Un de tes parents a-t-il été mis au courant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 As-tu vu un médecin pour cela ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 As-tu été hospitalisé pour cela ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

78) Dans les 12 derniers mois, combien de fois as-tu participé à une bagarre ?

- 1 Je n'ai pas participé à une bagarre physique dans les 12 derniers mois
- 2 1 fois
- 3 2 fois
- 4 3 fois
- 5 4 fois ou plus

79) Depuis un an, combien de fois as-tu.....

(si aucune fois, note 0. Si 9 fois ou plus, note 9)

1 ... consulté un médecin généraliste :	
2 ... consulté un spécialiste :	
3 ... consulté un médecin ou une infirmière scolaire :	
4 ... consulté un psychologue ou un psychiatre :	
5 ... été hospitalisé pendant au moins une journée avec nuit quel qu'en soit le motif :	
6 ... eu un ou plusieurs accidents ayant nécessité des soins mêmes légers :	
7 ... été hospitalisé (journée + nuit) pour un accident :	

80 - Dans les 12 derniers mois, combien de fois as-tu été blessé(e) au point d'être soigné par un infirmier ou un médecin ?

- 1 Je n'ai pas été blessé(e) dans les 12 derniers mois
- 2 1 fois
- 3 2 fois
- 4 3 fois
- 5 4 fois ou plus

81) Indique la réponse qui te semble correcte pour chacune des dix affirmations suivantes, selon ton accord avec l'énoncé

	Fortement en désaccord			
	En désaccord			
	En accord			
	Fortement en accord			
1. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Parfois je pense que je ne vauds rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je sens qu'il n'y a pas grand-chose en moi dont je puisse être fier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Parfois je me sens réellement inutile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je pense que je suis quelqu'un de valable, quelqu'un de bien, au moins autant que les autres gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tout bien considéré, j'ai tendance à penser que je suis un(e) raté(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai une opinion positive de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

I. Annexe 3: Grille Marcelli et Gervais

Objectif : Evaluer et Repérer les adolescents en difficultés

Réalisation :

Donner un questionnaire papier à remplir. L'adolescent coche les réponses correspondant aux questions proposées selon la fréquence et la durée des symptômes. Le score total permet d'identifier le type de difficultés auxquelles fait face l'adolescent ainsi que le mode de prise en charge nécessaire.

Durée : 15 min ou plus pour l'ado

Commentaire : le score global est déterminé selon la fréquence et la durée des symptômes

Cotation selon la fréquence :

- 0 = jamais
- 1 = rarement (1 fois par mois maximum)
- 2 = parfois (entre 1 fois par mois et 1 à 2 fois par semaine)
- 3 = souvent (3 à 4 fois par semaines)
- 4 = toujours (tous les jours ou presque)

Cotation selon la durée (coter la durée si la fréquence indique souvent (3) ou toujours (4)) :

- 1 = mois de 3 mois
- 3 = plus de 3 mois

Cotation globale :

- De 0 à 20/25 : adolescent normal -> écoute
- De 20/25 à 40/45 : adolescent en difficulté -> aide
- De 40/45 à 60/65 : adolescent en grande difficultés -> soins
- Plus de 60/65 : adolescent en très grande difficulté -> soins urgents

Grille d'analyse des Symptômes

		Symptômes: Préciser la durée (plus ou moins de 3 mois)	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
De 11/ 12 ans À 15/16 ans	Sommeil	-Problèmes d'endormissements majeurs, insomnie -Réveils nocturnes, cauchemars -Hypersomnies, somnolence diurne				
	Alimentation	-conduites anorexiques -conduites boulimiques, hyperphagies -vomissements, contrôle du poids				
	Psychosomatiques	-maux de tête, céphalées, migraines -spasmophilie, tétanie -fatigue importante -énurésie, encoprésie -autres				
	Affectifs	-excitation, turbulence -tristesse, dépression, crises de larmes -angoisses, peurs excessives -isolement, mutisme, repliement -vécu négatif (dymorphophobies)				
	Scolaires	-absentéisme -retards fréquents -fléchissement scolaire -refus, rupture, phobie scolaire -échec scolaire > 2 ans				
Après 15 ans	Comportement	-instabilité, bagarre, violence -vol, recel -conduites à risques, accidents, sports violents -fugues -autres				
	Consommation de produits	-Tabac -alcool : consommation régulière, ivresses -médicaments psychotropes -haschisch (shit, herbe) -autres				
	Suicide	-idée de mort, idées suicidaires -discours suicidaires -tentatives de suicide effectuées				

Source: http://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/420-3-marcelliet-gervais.pdf

Résumé

Introduction : De nos jours, au cœur des préoccupations politiques publiques en matière d'éducation, le bien-être des élèves à l'école fait l'objet de nombreuses enquêtes qui analysent leur qualité de vie perçue et interrogent le climat scolaire. Si la majorité des élèves se déclare en bonne santé et satisfait de sa vie, pour autant, ils sont nombreux à déclarer des plaintes affectives et psychosomatiques. Il apparaît ainsi vital de nous attacher à comprendre les facteurs qui impactent leur bien-être tout autant que leur réussite scolaire. Les liens entre le vécu scolaire et l'état psychique sont encore une préoccupation récente et peu analysés. Pourtant, cet aspect nous paraît crucial à l'adolescence en raison des nombreux remaniements psychiques qui apparaissent et qui vont se heurter aux différents milieux dans lequel vit l'adolescent.

Objectif et Méthodes : L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les différences sur le plan psychique entre les élèves qui décrivent un bon vécu scolaire et ceux qui décrivent un mauvais vécu scolaire indépendamment de la qualité de leurs relations familiales. Nos données reprennent celles de l'étude Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012.

Le vécu scolaire est évalué grâce aux variables suivantes : les résultats scolaires, l'affection pour l'école, le sentiment que les professeurs les traitent de manière juste, le sentiment que leurs professeurs sont bienveillants et les exigences scolaires perçues. Pour évaluer la santé psychique des adolescents, nous avons retenu les données évaluant les troubles du sommeil, la perception que les adolescents avaient de leur corps, les troubles psychosomatiques, les troubles somatiques, les troubles affectifs, le stress en lien avec le travail scolaire, les troubles du comportement, les consommations de produits psychotropes et les idées et comportements suicidaires.

Résultats : Nos résultats montrent des associations significatives entre un mauvais vécu scolaire et une insatisfaction concernant la vie, un sentiment d'irritabilité, un stress en lien avec le travail scolaire, des troubles du comportement à type de violence et des idées suicidaires quelle que soit la qualité des relations familiales. Des différences significatives sont aussi observées concernant les consommations de toxiques dans le groupe ayant de bonnes relations familiales.

Aucune variable évaluant la dimension du vécu scolaire ne ressort significativement plus que les autres pour expliquer l'ensemble des différences observées entre le groupe ayant un bon vécu scolaire et le groupe ayant un mauvais vécu scolaire. La variable évaluant les exigences scolaires perçues est, en revanche, celle qui est la moins associée à des symptômes psychiques.

Conclusion : Une plus grande coopération de la pédopsychiatrie avec l'Institution scolaire permettrait de prendre en charge ces jeunes en souffrance plus précocement. Mieux accompagner les enseignants à repérer les adolescents ayant un mauvais vécu scolaire et renforcer les dispositifs d'écoute des jeunes déjà mis en place à l'école en mobilisant des professionnels de santé au plus près des adolescents pourrait permettre une plus grande pertinence dans l'orientation de ces adolescents vers les services de psychiatrie.

Mots-clés : adolescents, pédopsychiatrie, vécu scolaire, bien-être psychique, satisfaction scolaire, satisfaction de la vie

Abstract

Introduction:

Nowadays, at the heart of public policies for Education, school-related adolescents well-being is subject of numerous surveys analyzing their perceived quality of life and question their school environment. While the majority of young people report being healthy and satisfied with their life, some express emotional and psychosomatic complaints. It is, therefore, relevant to focus our analysis on understanding all relevant key factors that affect their well-being as well as their academic successes. The links between school experience and youngs' psychological health are still a recent problematic, insufficiently analyzed. Therefore, it is key to analyze, these interactions, considering various and numerous psychological reshuffles occurring at adolescence and impacting their day to day environments.

Objective and Methods:

This study aims to explore, on the psychic level, the differences between students with an high school experience versus those ones with a low school experience independently of the quality of their family relationships. Our sample is based on « Ados 15 ans, Poitou-Charentes » study performed in 2012.

School-related context was measured by using several variables, from Academic performance, school satisfaction, Affection for school, feeling on teachers' fairness, supportive teachers, and perceived school demand. To assess teenagers' mental health, we took into consideration several parameters, such as, sleeping difficulties, bodies perception, psychosomatic complaints, somatic pains, affective disorders, pressure related to schoolwork, behavioural disorders, consumption of psychotropic products, suicidal ideas and behaviours.

Results:

Our results show strong correlations between a low school experience and dissatisfaction in life, irritability feelings, pressure related to schoolwork, behavioural disorders such as violence, suicidal ideation, and this regardless of the quality of family relationships. Significant differences are observed too for the group with good family relationships, in the consumption of toxic substances.

None of the selected variables, did explain all differences observed in evaluating the importance of school experience between the 2 groups analyzed. The variable assessing perceived school demand, on the other hand, is the one least correlated with psychological symptoms.

Conclusion: A greater cooperation between children psychiatry and school institution should be introduced to detect and manage, as early as possible, psychological complaints expressed by adolescents. Multi-dimensional actions are required, including a greater support towards teachers to detect adolescents with low school experience, plus the re-enforcement of active listening programs, already in place at school. Strengthening the presence of health professionals close to adolescents & their environment would allow a better efficiency in referral management of these ones to psychiatric services.

Key words: adolescents, mental health, school experience, psychological well-being, school satisfaction, life satisfaction

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé

Introduction : De nos jours au cœur des préoccupations politiques publiques en matière d'éducation, le bien-être des élèves à l'école fait l'objet de nombreuses enquêtes qui analysent leur qualité de vie perçue et interrogent le climat scolaire. Si la majorité des élèves se déclare en bonne santé et satisfait de sa vie, pour autant, ils sont nombreux à déclarer des plaintes affectives et psychosomatiques. Il apparaît ainsi vital de nous attacher à comprendre les facteurs qui impactent leur bien-être tout autant que leur réussite scolaire. Les liens entre le vécu scolaire et l'état psychique sont encore une préoccupation récente et peu analysés. Pourtant, cet aspect nous paraît crucial à l'adolescence en raison des nombreux remaniements psychiques qui apparaissent et qui vont se heurter aux différents milieux dans lequel vit l'adolescent.

Objectif et Méthodes : L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les différences sur le plan psychique entre les élèves qui décrivent un bon vécu scolaire et ceux qui décrivent un mauvais vécu scolaire indépendamment de la qualité de leurs relations familiales. Nos données reprennent celles de l'étude Ados 15 ans Poitou-Charentes 2012.

Le vécu scolaire est évalué grâce aux variables suivantes : les résultats scolaires, l'affection pour l'école, le sentiment que les professeurs les traitent de manière juste, le sentiment que leurs professeurs sont bienveillants et les exigences scolaires perçues. Pour évaluer la santé psychique des adolescents, nous avons retenu les données évaluant les troubles du sommeil, la perception que les adolescents avaient de leur corps, les troubles psychosomatiques, les troubles somatiques, les troubles affectifs, le stress en lien avec le travail scolaire, les troubles du comportement, les consommations de produits psychotropes et les idées et comportements suicidaires.

Résultats : Nos résultats montrent des associations significatives entre un mauvais vécu scolaire et une insatisfaction concernant la vie, un sentiment d'irritabilité, un stress en lien avec le travail scolaire, des troubles du comportement à type de violence et des idées suicidaires quelle que soit la qualité des relations familiales. Des différences significatives sont aussi observées concernant les consommations de toxiques dans le groupe ayant de bonnes relations familiales. Aucune variable évaluant la dimension du vécu scolaire ne ressort significativement plus que les autres pour expliquer l'ensemble des différences observées entre le groupe ayant un bon vécu scolaire et le groupe ayant un mauvais vécu scolaire. La variable évaluant les exigences scolaires perçues est, en revanche, celle qui est la moins associée à des symptômes psychiques.

Conclusion : Une plus grande coopération de la pédopsychiatrie avec l'Institution scolaire permettrait de prendre en charge ces jeunes en souffrance plus précocement. Mieux accompagner les enseignants à repérer les adolescents ayant un mauvais vécu scolaire et renforcer les dispositifs d'écoute des jeunes déjà mis en place à l'école en mobilisant des professionnels de santé au plus près des adolescents pourrait permettre une plus grande pertinence dans l'orientation de ces adolescents vers les services de psychiatrie.

Mots-clés : adolescents, pédopsychiatrie, vécu scolaire, bien-être psychique, satisfaction scolaire, satisfaction de la vie