



HAL
open science

Étude de la qualité de vie et du bien-être des adolescents en classe de 3e de Rennes : intérêt du dépistage du mal-être des adolescents dans la prévention des conduites à risque

Fabienne Liorzou

► To cite this version:

Fabienne Liorzou. Étude de la qualité de vie et du bien-être des adolescents en classe de 3e de Rennes : intérêt du dépistage du mal-être des adolescents dans la prévention des conduites à risque. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02141888

HAL Id: dumas-02141888

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02141888v1>

Submitted on 3 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Fabienne Liorzou

Née le 06 Mai 1979 à Brest

**Etude de la qualité de
vie et du bien-être des
adolescents en classe de
3ème de Rennes :
intérêt du dépistage du
mal-être des adolescents
dans la prévention des
conduites à risque.**

**Thèse soutenue à Rennes le 12 Juin
2018.**

devant le jury composé de :

Virginie GANDEMER

PU-PH, Service de Pédiatrie - CHU de Rennes /
Présidente

Jean-François VIEL

PU-PH, Santé publique et épidémiologie - CHU de
Rennes / Juge

Eric MENER

Professeur associé – Directeur du département de
médecine générale / Juge

Sandrine HUGÉ-LAFAYE

Docteur de médecine générale / Directrice de thèse

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
Professeur des Universités en surnombre	
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick	Biophysique et médecine nucléaire
Professeur des Universités Emérite	
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités Emérite	
BRISOT Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités Emérite	
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard	Rhumatologie
Professeur des Universités Emérite	
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude	Cardiologie
Professeur des Universités Emérite	
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
(Professeur associé)	
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
Professeur des Universités en surnombre +	
Consultanat	
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie

FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude	Parasitologie et mycologie
Professeur des Universités Emérite	
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Professeur des Universités Emérite	
HUTEN Denis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Professeur des Universités Emérite	
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick	Médecine légale et droit de la santé
Professeur des Universités en surnombre + consultanat	
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Professeur des Universités Emérite	
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
Professeur des Universités Emérite	
MENER Eric	Médecine générale
(Professeur associé)	
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
Professeur des Universités en surnombre	
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie

MOREL Vincent (Professeur associé)	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand (Professeur associé)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis (Professeur associé)	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Virginie GANDEMER, pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-François VIEL, pour avoir bien voulu accepter de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Eric MENER, pour m'avoir fait l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Professeur Sandrine HUGE, pour m'avoir confié ce travail de thèse. Pour votre aide et vos précieux conseils. Pour avoir passé tout ce temps à me corriger. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Eric BELLISSANT, pour m'avoir permis de finir mon cursus universitaire malgré les délais dépassés. Pour les entretiens et conseils qui m'ont remotivée, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Philippe VALLAS et votre femme Christine, pour m'avoir redonné goût au métier de médecin généraliste, m'avoir accueillie dans votre cabinet, dans une région que je ne connaissais pas, mais où le métier est finalement le même. Profitez bien tous les deux de votre retraite et soyez assurés de ma profonde reconnaissance.

A ma famille, mes parents et mon frère, ça a pris du temps, mais merci d'avoir été là dans les moments difficiles, de m'avoir soutenue et permis de finir mes études de façon plus sereine.

A mes amis, Manue pour la réactivité, l'apport en bibliographie et l'aspect pratique sur le terrain de la prise en charge de l'ado ; Sandie et Sandrine pour les réunions-staff du midi, l'« œil » du psychiatre sur les troubles de l'adolescence, merci énormément à vous toutes.

A Erwan, pour tout en fait, la patience, le soutien, la compréhension aussi, maintenant on peut faire des projets.

TABLE DES MATIERES

PARTIE I : INTRODUCTION	10
1. Importance du repérage des adolescents à risque ou vulnérables	10
2. Définition des termes utilisés :.....	11
2.1. L'adolescence.....	11
2.1.1. Définition générale.....	11
2.1.2. La scolarité des adolescents	12
2.1.2.1. Chiffres de la scolarisation	12
2.1.2.2. Particularités de la classe de 3è.....	12
2.2. Le stress.....	12
2.3. Le mal-être	12
2.4. L'anxiété.....	13
2.5. L'estime de soi	13
2.6. La qualité de vie	13
2.7. La dépression.....	14
Partie II : MATERIEL ET METHODE	15
1. Population cible	15
2. Matériel.....	15
3. Tests des questionnaires et validation.....	15
3.1. L'échelle d'anxiété et de dépression « HAD ».....	15
3.2. Le SF12, échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie	16
3.3. Echelle d'estime de soi de Rosenberg	16
3.4. Questions sur le stress	16
4. Méthode	17
4.1 Déroulement de l'étude	17
4.1.1. Prise de contact des établissements.....	17
4.1.2 Administration des questionnaires	17
4-1-3 Recueil des données	17
4.2. Analyse des données	17
1. Caractéristiques des répondants.....	18

2. Prévalences	19
2.1. Anxiété	19
2.2. Dépression	21
2.3. Estime de soi	22
2.3.1. Estime de soi en général.....	23
2.3.2. Score d'estime de soi	23
2.4. Stress	24
2.4.1. Causes du stress	24
2.4.2. Réponses pour faire face au stress	25
3. Répercussions sur la qualité de vie	27
3.1. Résultats en général.....	27
3.2. Les scores de qualité de vie	28
4. Communication des adolescents à propos de leur stress.....	29
4.1. Les personnes ressources.....	30
4.2. Obstacles au dialogue.....	31
4.3. Le médecin généraliste	33
Partie IV : DISCUSSION.....	34
1. Forces et faiblesses des résultats.....	34
1.1. Intérêt	34
1.2. Biais.....	34
2. Constats sur la qualité de vie des jeunes rennais	35
2.1. Une bonne santé globale.....	35
2.2. Des résultats plus contrastés dans le détail	36
3. La souffrance psychique	36
3.1. L'estime de soi	37
3.2. Les signes anxio-dépressifs	37
4. Les adolescents et le stress.....	39
4.1. Les causes de stress	39
4.1.1. La principale cause de stress : la scolarité.....	39
4.1.2. La famille, les amis, les amours	42

4.1.3. Autres causes mentionnées	43
4.2. Les stratégies adaptatives mises en place par les adolescents	43
4.2.1. Les relations avec les pairs.....	44
4.2.2. L'isolement	44
4.2.3. Les consommations de substances psychoactives.....	44
4.2.4. Les autres méthodes en réaction au stress.....	47
5. La communication des adolescents sur leur mal-être	47
5.1. Les personnes ressources plébiscitées	47
5.2. Les adolescents qui ne veulent pas en parler	48
6- Les adolescents et le médecin généraliste	49
6.1. Le dépistage et le repérage des signes de mal-être en consultation.....	49
6.2. L'importance d'initier le dialogue.....	51
6.3. Les réseaux à utiliser, à connaître et faire connaître.....	52
Partie V : CONCLUSION.....	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	57
LISTE DES ILLUSTRATIONS	62
ANNEXES.....	63
Annexe 1 Questionnaires envoyés aux élèves de 3è.....	63
Annexe 2 Carte des collèges de Rennes	69
Annexe 3 L'échelle d'anxiété et de dépression « HAD ».....	70
Annexe 4 Le SF12, échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie.....	72
Annexe 5 Echelle d'estime de soi de Rosenberg	74

PARTIE I : INTRODUCTION

Selon l’OMS, l’âge d’apparition des symptômes de troubles mentaux est d’environ 14 ans et leur devenir dépend du repérage et de la prise en charge précoce (1). La survenue de stress psychosociaux, de prises de toxiques ou de désordres biologiques et immunitaires dans cette fenêtre temporelle cruciale pour la maturation cérébrale peut déclencher un premier épisode psychopathologique, surtout chez des sujets vulnérables. Il est donc important d’être vigilant devant l’apparition conjointe de troubles émotionnels, de difficultés scolaires ou de troubles du comportement chez les adolescents.

Les adolescents français sont touchés par la souffrance et les pratiques addictives. A partir de 12 ans un adolescent sur cinq fume, 28% ont déjà pensé au suicide, et 11% sont déjà passés à l’acte. La consommation d’alcool et de drogues augmente avec l’âge. Chez les plus de 15 ans, 41% déclarent consommer de l’alcool et avoir déjà été dans un état d’ivresse, 32% disent consommer de la drogue ou fumer du cannabis (2). La Bretagne est en 2007 la région la plus touchée par le suicide qui représente plus d’un décès sur 4 chez les 15-24 ans (3). Pour le rapport de l’Observatoire national du Suicide publié en février 2018, les comportements suicidaires chez les jeunes sont une préoccupation majeure de santé publique, 3 % des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide, et un jeune sur dix dit avoir eu des pensées suicidaires. L’âge moyen à la première tentative est de 13,6 ans. Et bien que le taux de suicide entre 15 et 24 ans soit relativement faible comparativement aux autres tranches d’âge, il n’en constitue pas moins la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et représente 16% des décès de cette tranche d’âge en 2014 (4).

Dans la région brestoise une étude au près de jeunes de 15-17 ans montrait des conduites vis-à-vis de l’alcool inquiétantes : la moitié consommait de l’alcool dès 12 ans, 70,9% en avait consommé plus d’une fois par mois, et 8,7% affirmaient en consommer à visée anxiolytique (5).

1. Importance du repérage des adolescents à risque ou vulnérables

Il s’agit des adolescents ayant des facteurs de risque de développer des affections psychiatriques à l’âge adulte. Le terme d’adolescents à risque ou vulnérables englobe à la fois le risque suicidaire mais aussi le risque de développer d’autres troubles psychiatriques. La souffrance des adolescents peut apparaître dans diverses circonstances de la vie. Mal repérée, mal accompagnée, elle peut faire basculer l’individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Pour percevoir cette souffrance, il faut être attentif aux situations à risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accidents altérant l’image du corps, agression, précarité.

A l’aide de soins adaptés (soins psychiatriques, soutien du médecin généraliste, autres professionnels

de santé), nombre de jeunes ayant connu des épisodes de troubles mentaux très graves vont guérir entièrement. D'autres vont conserver des troubles légers ou moyens, mais qui ne les empêcheront pas de mener une vie bien intégrée (6).

2. Définition des termes utilisés :

2.1. L'adolescence

2.1.1. Définition générale

A la mi-adolescence (filles 13-16 ans, garçons 14-17 ans), apparaissent des contrastes entre:

- une maturité physique décalée par rapport à la réalité psychoaffective,
- des sentiments d'invulnérabilité et de toute puissance et un manque sous jacent de confiance en soi,
- des besoins de satisfaction ou de gratification immédiate et la difficulté à gérer le temps ou à repousser les échéances,
- des prises de risque ou le manque d'appréciation des conséquences possible,
- des expressions d'empathie et les comportements d'allure égoïste,
- des pulsions pour les satisfactions sensorielles ou sexuelles et les inhibitions ou interdits fréquents à la réalisation directe de ces désirs (7).

A ce stade apparaissent également des réinvestissements de l'énergie pulsionnelle dans des activités variées, physiques, intellectuelles ou artistiques ; une relative pauvreté des défenses face au stress, les réactions s'exprimant à l'extrême sur le mode de l'impulsivité ou du conflit, d'un repli ou de la morosité ; et la possibilité d'états dépressifs, souvent atypiques (7).

Ce stade de développement spécifique associe:

- Des transformations du corps (préoccupation de l'aspect corporel, tester les limites de son corps, expérimentation en regard de la sexualité)
- Des transformations de la pensée (tester les habilités cognitives comme le goût de l'expérimentation, discordance entre le discours et l'agir, un sentiment d'invulnérabilité)
- Des transformations sur le plan relationnel (processus de distanciation vis-à-vis des parents, importance des pairs, contestation de l'autorité parentale, expérimentation des relations amoureuses)
- Un processus identitaire (contestation des valeurs parentales, exposition à d'autres valeurs, égocentrisme, essai de plusieurs identités via les vêtements, la musique, la coupe de cheveux, l'importance de l'image projetée)

2.1.2. La scolarité des adolescents

2.1.2.1. Chiffres de la scolarisation

Pour l'année scolaire 2013-2014, en France :

- 74,9% des élèves de 3^e ont 14 ans à la rentrée 2013 (75,9% à la rentrée 2016), à cet âge les filles sont plus fréquemment en 3^{ème} que les garçons (79,3% contre 72,6%)
- 98,2% des adolescents de 14 ans sont scolarisés, toutes formations confondues
- Le taux de redoublement en fin de 3^e est de 3,5% pour la rentrée de 2013, et 2,2% à celle de 2016, dû à la volonté de l'Education Nationale de limiter les redoublements
- En fin d'année, 62,2% des élèves passeront en classe de seconde générale et technologique, et 24,2% iront en formation professionnelle au lycée (8).

Les études de santé publique sur les adolescents montrent qu'à partir du collège le système scolaire n'assure plus une fonction d'intégration positive. On note une perte d'intérêt pour l'école, et, entre 11 et 15 ans, le présent et l'avenir commencent à être sources d'angoisses et de souffrance à l'origine d'une perte de confiance et d'estime de soi (9).

2.1.2.2. Particularités de la classe de 3^e

C'est une année de changements, de questionnements sur la future orientation en filière générale et technologique, professionnelle, ou en apprentissage. Avec le brevet des collèges en fin d'année c'est la meilleure solution pour obtenir une population importante et variée (au-delà et après 16 ans l'école n'est plus obligatoire, il y a la déscolarisation, l'apprentissage...). Une phase de fléchissement scolaire est fréquente mais transitoire, sans cause apparente ou liée à des difficultés externes (maladie ou séparation des parents, décès d'un proche), avec un absentéisme scolaire modéré et une évolution en général favorable (10).

Nous pourrions avoir tendance à décrire cette période adolescente comme dominée par des prises de risques et l'adoption de comportements pouvant nuire à leur état de santé. Mais il existe aussi une capacité des adolescents à adopter des comportements protecteurs, pour améliorer leur qualité de vie, comme revoir les habitudes de vie, se trouver des confidents... (11)

2.2. Le stress

Le stress qualifie une situation contraignante et un processus physiologique mis en place par l'organisme pour s'y adapter.

2.3. Le mal-être

Le plus souvent la souffrance est silencieuse et il est important de distinguer le mal être passager caractéristique de l'adolescence, du mal être correspondant à une souffrance profonde et durable (9).

2.4. L'anxiété

L'anxiété est une des émotions les plus fréquentes à l'adolescence, elle est indissociable de cette période de changements.

La menace anxieuse est une des portes privilégiées dans la pathologie psychiatrique ou d'autres conduites symptomatologiques durables, et le recours à des médicaments peut apparaître comme un signe de gravité devant une manifestation anxieuse de l'adolescent (9).

La prévalence des troubles décrits chez l'enfant comme l'angoisse de séparation, l'hyper-anxiété, l'évitement, l'inquiétude dans toutes les relations sociales, est de 8% chez l'adolescent. Celle des troubles décrits chez l'adulte comme les troubles phobiques ou obsessionnels, l'anxiété généralisée, les troubles paniques est également de 8%, des chiffres relativement élevés et constants. La plupart des troubles de l'adulte ont débuté lors de l'adolescence, très souvent sous forme infra-clinique (10). L'adolescence est aussi l'âge préférentiel de survenue du trouble panique, les phobies sociales apparaissant un peu plus tard, vers 15-20 ans, et causeraient beaucoup de ruptures/échecs/phobies scolaires (10). Une particularité de l'anxiété à l'adolescence est l'expression corporelle, avec les plaintes somatiques classiques (palpitations, céphalées, vertiges, nausées...).

2.5. L'estime de soi

Il s'agit du jugement ou de l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. Il peut aussi être assimilé à l'affirmation de soi. A partir de 8 ans l'enfant est capable de verbaliser sur son estime de soi (12), son évaluation est donc possible pour les adolescents via l'échelle de Rosenberg.

Une mauvaise estime de soi à 16 ans a été identifiée comme un trait prédictif de survenue de dépression à 22 ans. Le soutien social intervient dans cette population comme facteur de protection car il diminue le risque de survenue de symptômes dépressifs (13).

2.6. La qualité de vie

La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) envisage la qualité de vie dans sa dimension la plus large, influée par la santé physique du sujet, son état psychique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement.

Pour Anne Fagot-Largeault, la qualité de vie c'est le bonheur.

On se rapproche du concept de santé globale et positive, spontanément exprimée par les jeunes quand on les interroge sur la santé, et qui s'oppose à la santé/non-maladie exprimée par les adultes (1).

Ryff et Keyes considèrent que le **bien-être** est constitué par :

- une bonne estime de soi et une évaluation positive de sa vie,
- de bonnes relations avec les autres,
- une sensation de maîtrise sur sa vie et son environnement,
- la sensation de pouvoir prendre ses propres décisions et d'être autonome,
- donner un sens à sa vie,
- se sentir dans la continuité de son développement personnel (14).

2.7. La dépression

Un épisode dépressif caractérisé passe souvent inaperçu à l'adolescence car aucun symptôme n'est spécifique à la dépression. Elle s'exprime davantage par des comportements et des somatisations entraînant une souffrance cliniquement significative et un retentissement sur le quotidien de l'adolescent (échecs scolaires, troubles du caractère, conduites suicidaires, conduites addictives, conduites ordaliques). La dépression est aussi difficile à repérer à cause d'une confusion avec la « crise d'adolescence » et la déprime (15).

La déprime est un état normal et transitoire durant lequel l'adolescent présente une série de symptômes à tonalité dépressive (comme la morosité ou l'instabilité émotionnelle). Cet état ne présente pas une intensité cliniquement significative et ne retentit pas significativement sur le fonctionnement quotidien, relationnel ou scolaire de l'adolescent. Elle doit toutefois être surveillée car elle constitue un facteur de risque vers une véritable dépression. D'intensité variable, sa prévalence chez les adolescents varie de 28 à 44% (10).

Sur la base de ces résultats nous pouvons nous demander quelle est l'influence du stress sur les adolescents, ses répercussions sur leur estime de soi et leur qualité de vie, et quelle peut-être la place du médecin généraliste.

L'objectif de cette étude était de mesurer la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les adolescents en classe de 3ème de Rennes, et l'objectif secondaire d'identifier les causes d'anxiété/dépression, ainsi que les moyens mis en place par les adolescents pour y faire face.

Partie II : MATERIEL ET METHODE

1. Population cible

Les critères d'inclusion sont les élèves de 3^e des collèges de l'ensemble de la ville de Rennes. Il s'agit d'une année charnière, et c'est l'âge (14-15ans) des expérimentations des substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis).

2. Matériel

Cette étude épidémiologique descriptive transversale a été basée sur des auto-questionnaires remplis par les élèves eux-mêmes.

Des étudiants de deuxième cycle des études médicales à Rennes ont réalisé ce mémoire dans le cadre d'un module optionnel de prévention en soins primaires (16). Courant octobre 2013 ils ont distribué les questionnaires (Annexe 1) aux huit collèges de Rennes ayant accepté cette étude sur les 21 sollicités (2 réponses négatives et 11 sans réponse) :

Collège Les Gayeulles (150 questionnaires distribués), Collège Les Ormeaux (120), Collège Echange (80), Collège Rosa Parks (140), Collège Cleunay (100), Collège Les Hautes Ourmes (60), Collège Emile Zola (60), Collège Sainte-Thérèse (60)

(Annexe 2 – carte des collèges participants)

7 de ces collèges étaient publics, et le dernier, Sainte-Thérèse était un collège privé expérimental, sans notes, avec des évaluations régulières sur les compétences, capacités et connaissances des élèves.

Globalement les collèges présentaient une bonne mixité culturelle, avec classes bilangue/européenne/internationale, SEGPA (sections d'enseignement général et professionnel adapté), section sportive, classe danse et musique, pour gens du voyage (Collège des Gayeulles), des ULIS (unité localisée pour l'inclusion scolaire).

En France métropolitaine, 78,2% des élèves à la rentrée de 2014 étaient scolarisés dans un établissement public, et 58,3% dans l'académie de Rennes.

3. Tests des questionnaires et validation

Trois échelles validées ont été utilisées, l'échelle d'anxiété et de dépression HAD, l'échelle de qualité de vie SF12 et l'échelle d'estime de soi de Rosenberg.

3.1. L'échelle d'anxiété et de dépression « HAD » (Hospital Anxiety and Depression Scale)

(Annexe 3)

C'est un auto-questionnaire avec 7 items centrés sur la dépression et 7 autres sur l'anxiété pour un temps de passation de 2 à 6 minutes. La sous-échelle de dépression a une sensibilité de 70 % et une spécificité de 68 %. Conçue pour les patients hospitalisés en service de médecine, elle permet

d'évaluer manifestations dépressives et anxieuses en s'affranchissant des symptômes organiques susceptibles de fausser l'évaluation. Sensible au changement, elle permet de suivre l'évolution de la symptomatologie au cours du temps.

Elle se compose de sept questions (par échelle) auxquelles un score de 0 à 3 est attribué selon la sévérité du symptôme. Le patient doit entourer la réponse qui s'adapte le mieux à son état pour la semaine passée, une réponse qui doit être rapide et peu réfléchi. L'addition des scores de chaque échelle, Anxiété (A) et Dépression (D), donne un résultat global pour chaque sous-score entre 0 et 21 dont l'interprétation vaut pour chaque échelle (17).

3.2. Le SF12, échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie (Annexe 4)

Elle se prête aux enquêtes en population générale, peut être administrée à partir de 14 ans et explore la santé physique, émotionnelle et sociale.

Le SF12 permet d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie mentale et sociale et un score de qualité de vie physique. Ces deux scores ont été construits de façon que la moyenne en population générale soit de 50 (18).

3.3. Echelle d'estime de soi de Rosenberg (Annexe 5)

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi (19). Cette échelle, qui a été créée par Rosenberg en 1965, mesure une estime de soi globale, et a été validée par Vallières et Vallerand en 1990 (20).

3.4. Questions sur le stress (Questions en annexe 1)

A ces trois échelles codifiées s'ajoute une série de questions ouvertes plus spécifiques au stress, ses causes, les moyens trouvés par les adolescents pour y faire face, leur volonté ou non d'en parler, notamment à leur médecin traitant.

4. Méthode

4.1 Déroutement de l'étude

4.1.1. Prise de contact des établissements

Les directeurs des collèges de Rennes ont été contactés par le Pr Sandrine Hugé, du Département de Médecine Générale de Rennes, pour leur proposer de participer à cette étude sur la qualité de vie des collégiens de 3^e, à la rentrée 2013.

4.1.2 Administration des questionnaires (Questionnaires en annexe 1)

Les étudiants ont déposé les questionnaires aux conseillers principaux d'éducation, qui les ont distribués aux professeurs principaux puis aux élèves. Les élèves étant mineurs, le consentement des parents ou représentants était un préalable requis afin de pouvoir remplir le questionnaire.

4-1-3 Recueil des données

101 questionnaires ont ensuite été recueillis d'octobre à décembre 2013 pour une 1^{ère} analyse dans le cadre du mémoire de médecine générale.

La récupération des questionnaires n'a pas été facile pour eux en raison d'un manque de temps (2 mois incluant les vacances scolaires d'automne) pour rédiger le mémoire. La perte de temps est liée à une difficulté pour sensibiliser les CPE (conseillers principaux d'éducation) par des relances téléphoniques et passages sur place, et donc indirectement sensibiliser professeurs et les élèves eux-mêmes. Les difficultés sont aussi dues aux délais nécessaires pour l'élève de faire signer le consentement à un parent, de remplir le questionnaire, puis de le ramener à l'école dans le bureau du CPE.

Dans un second temps 97 nouveaux questionnaires ont été analysés par nos soins, n'ayant pu l'être dans les temps par les étudiants de deuxième cycle, dont 86 interprétables. Les résultats du mémoire des étudiants de médecine générale n'ont pas été inclus dans ce travail de thèse car seuls des pourcentages étaient accessibles, et donc les calculs de scores des échelles de qualité de vie, estime de soi et HAD impossibles à réaliser (chaque question avait été analysée séparément).

4.2. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par le Dr Vanessa Hery, médecin de santé publique, à l'aide du logiciel Epi Info 7 :

- Analyse descriptive présentant les fréquences des réponses à chaque item
- Analyse univariée à l'aide de tableaux croisés pour la comparaison de proportions (Test du Chi 2) et d'ANOVA (analyse de variance) pour la comparaison de moyennes (Test de Fisher) afin de présenter les mesures d'association des items avec le sexe et l'âge.

Un test statistique a été considéré comme significatif lorsque la valeur de p (degré de signification) était inférieure à 0,05.

Partie III : RESULTATS

1. Caractéristiques des répondants

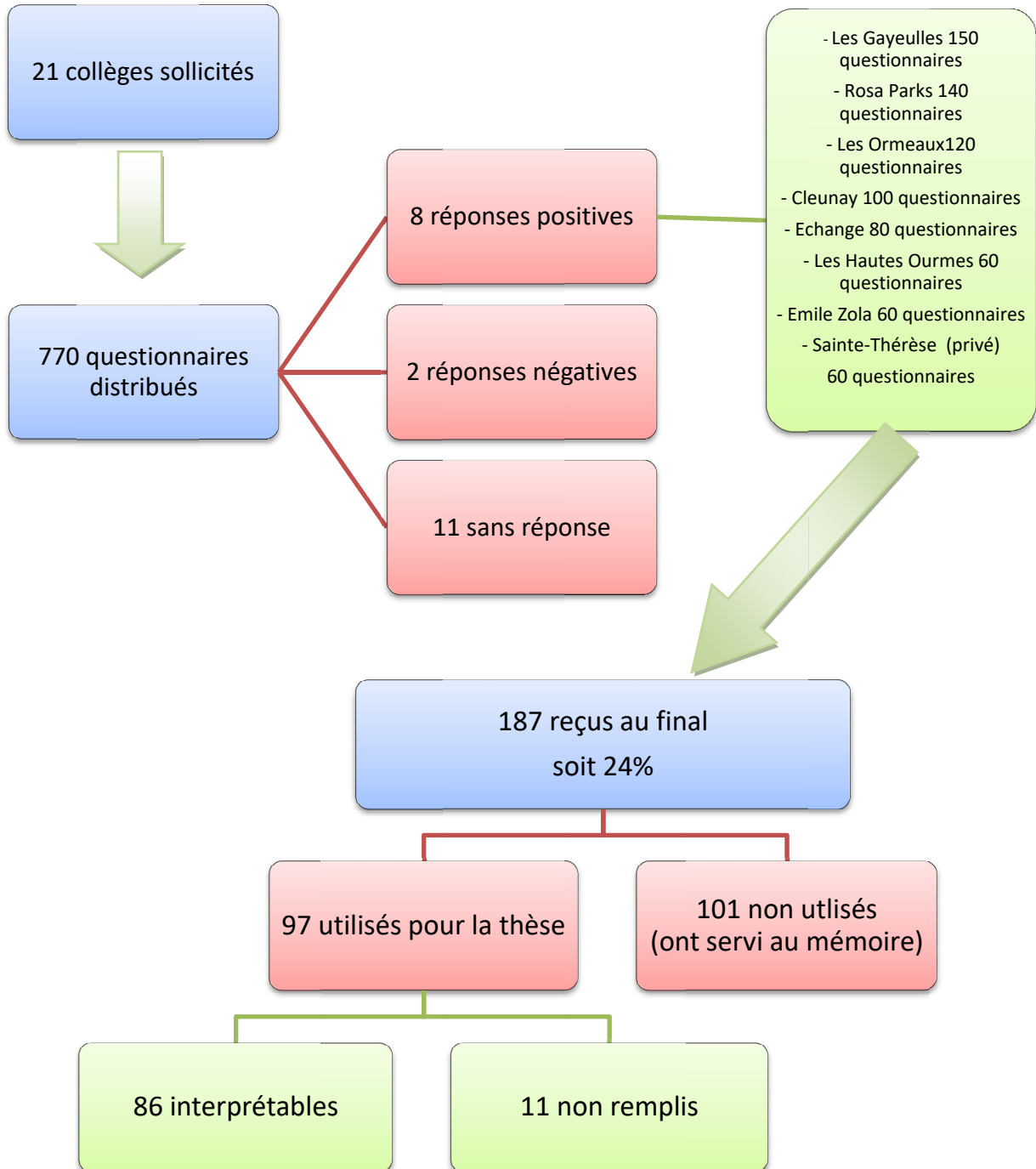


Figure 1: Processus de sélection des questionnaires interprétés pour la thèse actuelle, en commençant à la sollicitation des collègues.

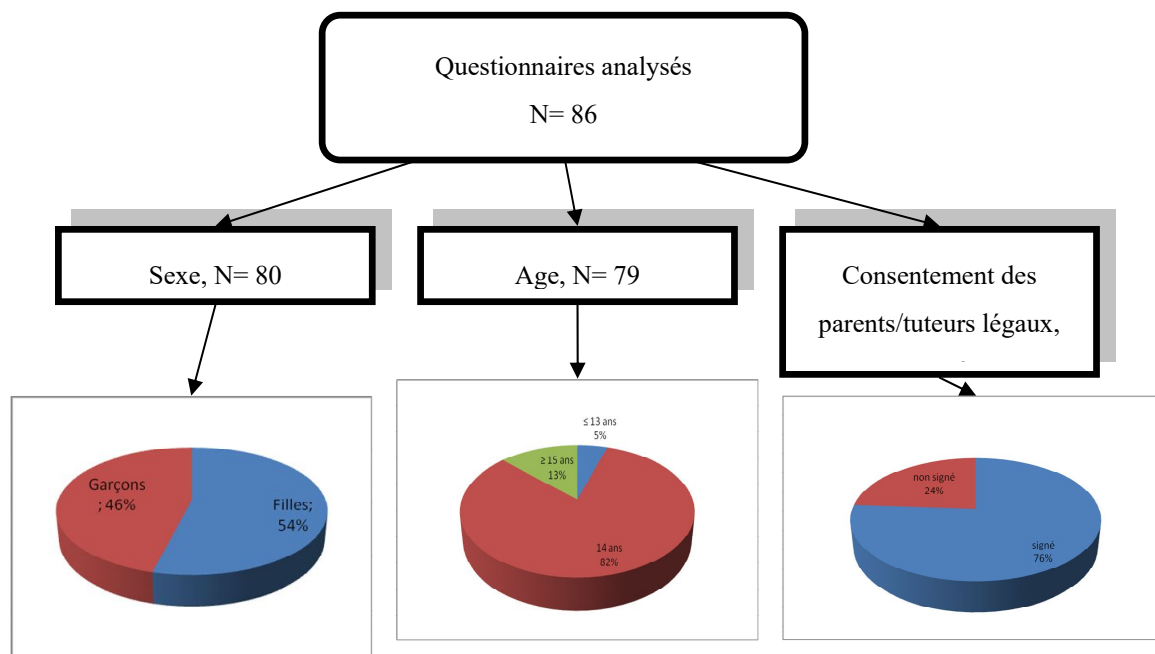


Figure 2: Caractéristiques des élèves ayant répondu aux questionnaires interprétables, selon l'âge, le sexe et la présence ou non du consentement des parents/tuteurs légaux.

2. Prévalences

2.1. Anxiété

Les questions 1, 3, 5, 7, 9, 11 et 13 de la section « Mon bien-être » concernaient la partie anxiété de l'échelle HAD.

	Je me sens tendu ou énervé	Je me fais du souci	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	J'éprouve des sensations soudaines de panique	Je ris facilement et vois le bon côté des choses	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses
0	7%	42%	37%	48%	67%	38%	73%
1	65%	35%	54%	44%	25%	53%	20%
2	19%	19%	7%	26%	6%	8%	7%
3	9%	5%	2%	2%	2%	1%	0%

Tableau 1: Réponses aux questions portant sur l'anxiété, cotées de 0 à 3 points, 3 points correspondant à une anxiété plus élevée (calcul des scores de l'échelle HAD en annexe 3).

Sur 81 répondants, la moyenne de la somme des réponses au volet anxiété était de 6,8 (sur 21) avec un écart-type de 3,7. En moyenne les élèves ne se sentaient donc pas anxieux. D'ailleurs avec le classement en 3 groupes, la classe 1 (score ≤ 7) était majoritaire à 65%, elle signalait l'absence de troubles anxieux.

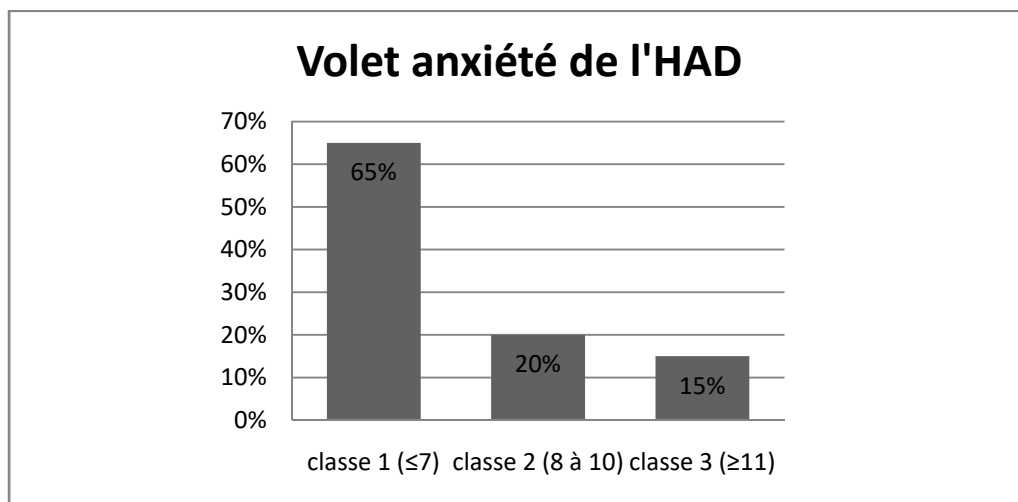


Figure 3 : Répartition du volet anxiété selon les 3 classes, en pourcentages.

L'analyse statistique entre le sexe et l'âge des répondants en fonction de leur résultat au volet anxiété de l'HAD n'était pas concluante : soit le Chi² et p étaient non significatifs, soit le nombre de répondants était < 5 .

Plus en détail, 72% des répondants disaient pourtant se sentir tendus ou énervés souvent ou la plupart du temps et 76% se faisaient du souci assez ou très souvent.

Mais 92% voyaient le bon côté des choses au moins autant qu'avant, 91% n'avaient pas l'impression de fonctionner au ralenti ou seulement parfois, et 93% se réjouissaient à l'avance de leurs prochaines activités.

2.2. Dépression

Les questions 2, 4, 6, 8, 10, 12 et 14 concernaient la partie dépression.

	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	Je suis de bonne humeur	Je ne m'intéresse plus à mon apparence	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de télé/radio
0	59%	10%	33%	40%	53%	74%	71%
1	20%	50%	21%	30%	39%	17%	24%
2	15%	28%	35%	18%	8%	8%	4%
3	6%	12%	12%	12%	0%	1%	1%

Tableau 2: Réponses aux questions portant sur l'état dépressif, cotées de 0 à 3 points, 3 points correspondant à un état dépressif plus marqué (calcul des scores de l'échelle HAD en annexe 3).

Sur 82 répondants, la moyenne de la somme des réponses du volet dépression était de 3,72 (sur 21), avec un écart-type de 2,59.

En moyenne les élèves ne se sentaient pas déprimés. Les filles légèrement plus, leur moyenne étant à 4,02 contre 3,33 pour les garçons. Par contre les valeurs maximales étaient de 11 et 12 (le maximum possible est de 21), signant un état dépressif pour ces 2 adolescents.

La dépression semblait augmenter parallèlement à l'âge, mais après analyse statistique (test Anova et $p > 0,05$) il n'y a pas de liaison avec l'âge ni avec le sexe.

79% des élèves n'avaient pas peur, 70% prenaient presque autant de plaisir à faire les mêmes choses que l'année précédente, 92% étaient de bonne humeur, 74% prêtaient autant d'importance à leur apparence, et 95% prenaient du plaisir aux loisirs comme la lecture, la télé, la radio.

Une fois les 3 classes de résultats créées, la classe 1 (absence de signes dépressifs) était majoritaire à 93%, et seulement 2 % ont des signes dépressifs avérés (2 adolescents).

2.3. Estime de soi

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Je pense que je suis une personne de valeur N= 79	1% 1	15% 12	33% 26	51% 40
Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités N=80	6% 5	6% 5	52% 41	36% 29
Je suis porté à me considérer comme un raté N=80	71% 57	23% 18	5% 4	1% 1
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens N=80	5% 4	5% 4	38% 30	52% 42
Je sens peu de raisons d'être fier de moi N=79	30% 24	38% 30	22% 17	10% 8
J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi N=80	11% 9	9% 7	46% 37	34% 27
Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi N= 81	10% 8	13% 11	46% 37	31% 25
J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même N=79	24% 19	25% 20	30% 24	20% 16
Parfois je me sens vraiment inutile N=81	43% 35	24% 19	24% 19	10% 8
Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien N=81	54% 44	26% 21	9% 7	11% 9

Tableau 3: Réponses à l'échelle de Rosenberg, en pourcentages et en nombre de répondants.

2.3.1. Estime de soi en général

94% des élèves ne se considéraient pas comme un raté (plutôt en désaccord et tout à fait en désaccord), ce qui laissait 6% qui le pensaient, dont un adolescent tout à fait d'accord.

84% des élèves pensaient être une personne de valeur (plutôt d'accord et tout à fait d'accord).

Par contre 50% aimeraient avoir plus de respect pour eux-mêmes, 10% se sentaient totalement inutiles et 20% pensaient parfois être un bon à rien (dont 11% totalement d'accord).

2.3.2. Score d'estime de soi (mode de calcul en annexe 5)

La moyenne générale était de 31.6 sur 71 répondants.

Il n'y avait pas différence significative selon le sexe (test ANOVA), ni selon l'âge (seulement 4 élèves de 13 et 7 élèves de 15 ans).

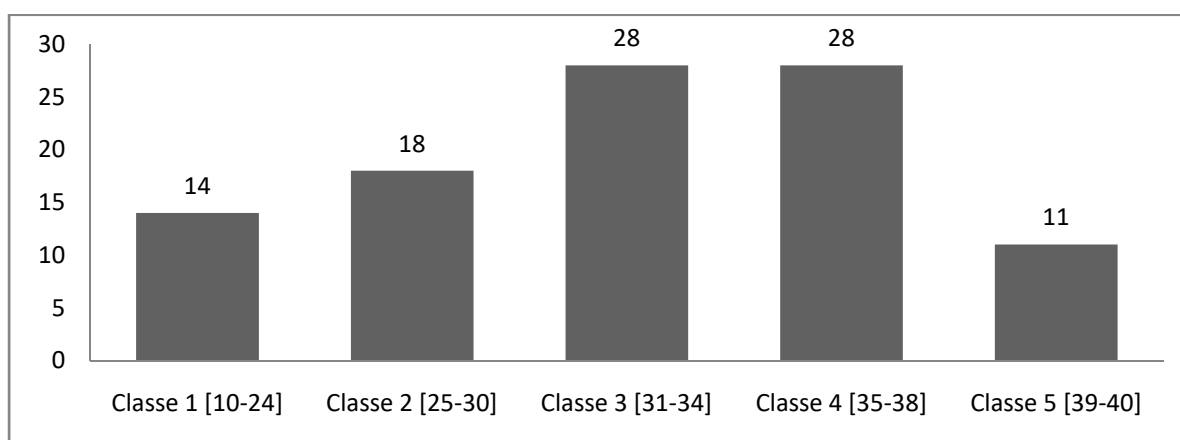


Figure 4 : Répartition des différentes classes de l'échelle de Rosenberg, en pourcentages, la Classe 1 étant celle ayant la plus faible estime de soi.

Une large majorité (67%) avait une estime de soi moyenne, forte et même très forte. Par contre 14% des répondants avait une estime de soi très faible.

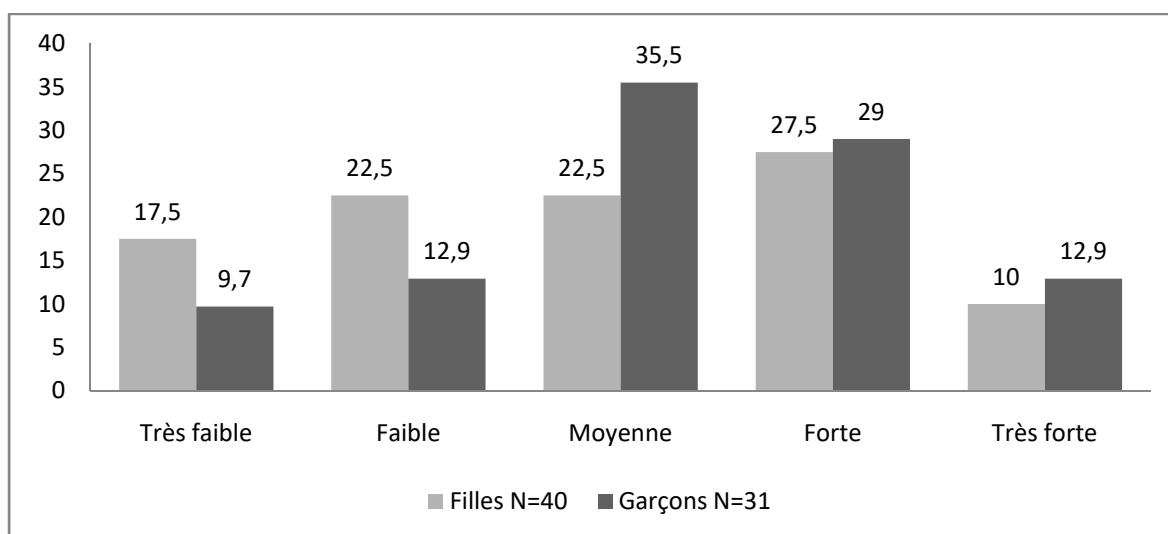


Figure 5: Répartition des filles et garçons en pourcentage, selon leur degré d'estime de soi.

Les filles avaient une répartition plus homogène que les garçons dans les 5 classes de l'échelle de Rosenberg. Elles étaient plus nombreuses (17,5%) à avoir une très faible estime de soi contre 9,7% chez les garçons. Sur les 31 garçons, plus des trois-quarts (77,4%) avaient une estime de soi supérieure à la moyenne.

2.4. Stress

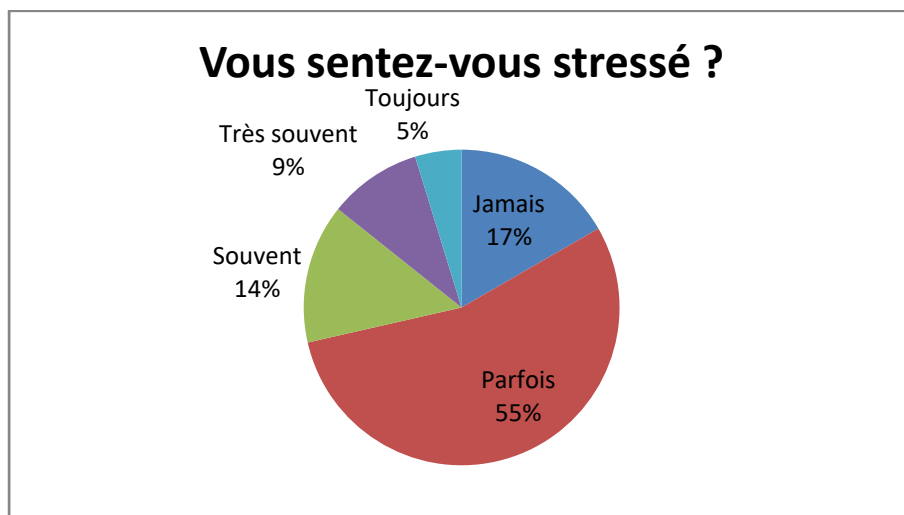


Figure 6: Fréquence du stress ressentis par les élèves.

La question 15 débutait la série de questions sur le stress. 84 élèves y avaient répondu.

Près de trois quarts des élèves n'étaient jamais stressés ou rarement, 14% (12 élèves) l'étaient toujours ou très souvent.

2.4.1. Causes du stress

La grande majorité avait une seule principale cause de stress, voire deux.

Les résultats scolaires étaient le plus fréquemment cités : 60% en première cause de stress, et 26% en deuxième. Ensuite les relations amicales et amoureuses préoccupaient le plus les adolescents (19% en première position, 40% en deuxième).

Certains avaient aussi donné une note d'intensité à chaque réponse, il est arrivé que chaque proposition obtienne la note 4 (c'est-à-dire peu stressant).

En dehors des résultats scolaires, des relations amicales et amoureuses, de l'ambiance dans la classe/collège ou à la maison, douze élèves ont indiqué des causes de stress différentes. Et pour cinq de ces élèves, c'était leur principale cause de stress.

Parmi elles il y avait : le sport (foot, équitation), l'avenir, ne pas savoir faire un exercice en cours, parler aux professeurs, l'état de santé (« mon hypochondrie »), ne pas être à la hauteur, l'état de santé des membres de la famille.

	Résultats scolaires N=69 33,17%	Relations amis/amours N=49 23,55%	Ambiance classe/collège N=32 15,38%	Ambiance à la maison N=46 22,11%	Autres N=12 5,77%
1^{ère} position	69%	31%	6%	22%	41%
2^e position	16%	35%	6%	22%	17%
3^e position	6%	20%	31%	26%	8%
4^e position	6%	14%	47%	30%	17%
5^e position	3%	0	10%	0	17%

Tableau 4: Prévalence de chaque cause de stress, selon la hiérarchisation des élèves (la 1^{ère} position étant la cause la plus stressante).

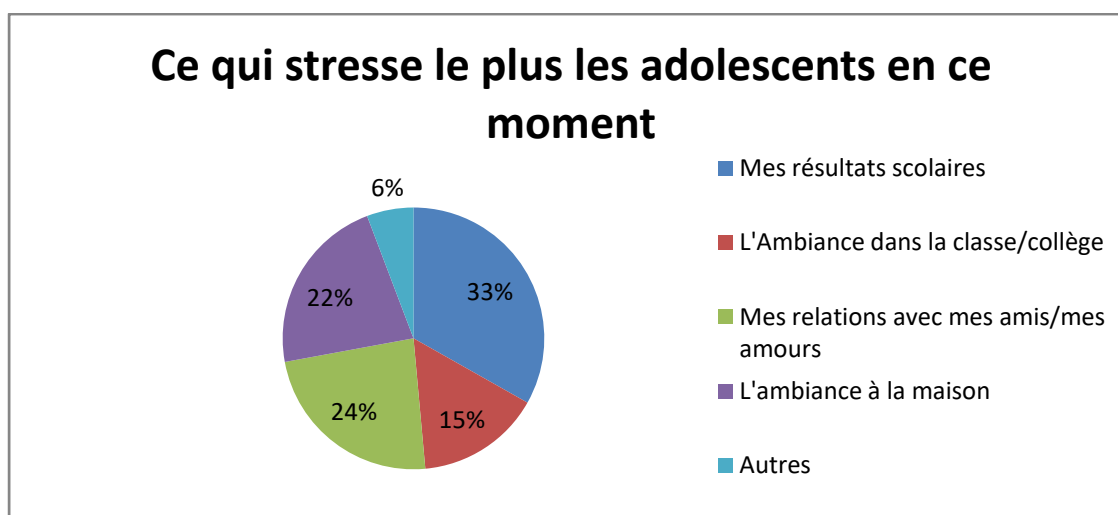


Figure 7: Classement des causes de stress selon les élèves, selon l'occurrence de la réponse, hors hiérarchisation.

2.4.2. Réponses pour faire face au stress

Les méthodes proposées pour réduire le stress étaient: sortir avec mes amis, m'isoler, faire du sport, parler avec mes amis sur les réseaux sociaux (facebook, twitter, sms), consommer du tabac/alcool, cannabis, prendre des médicaments pour me calmer, autres.

Dans les questionnaires, certains adolescents n'ont pas rempli les différents items de la même façon. Parfois les réponses n'ont pas hiérarchisées, plusieurs réponses ont été sélectionnées et elles ont été comptabilisées en première position.

Quarante-deux élèves ont raturé la consommation de tabac, alcool, cannabis en indiquant ne pas en consommer du tout, et trente-huit ont raturé celle des médicaments.

Quatre réponses ont surtout intéressé les adolescents pour gérer leur stress. Ces réponses sont variées mais les amis représentent quand même 50% des options antistress.

	Je sors avec mes amis N=57 27,5%	Je m'isole N=40 19,3%	Je fais du sport N=43 20,8%	Amis sur réseaux sociaux N=48 23,2%	Tabac alcool ou cannabis N=3 1,5%	Médicaments N=5 2,4%	Autres N=11 5,3%
1^{ère} position	45,5%	55%	44%	33,5%	33%	0%	64%
2^e position	24,5%	22,5%	21%	21%	0%	0%	18%
3^e position	21%	5%	18,5%	29%	0%	20%	9%
4^e position	7%	12,5%	9,5%	14,5%	0%	0%	0%
5^e position	2%	2,5%	2,5%	2%	0%	40%	0%
6^e position	0	2,5%	4,5%	0	67%	40%	9%

Tableau 5 : Prévalence de chaque réponse face au stress, selon la hiérarchisation des élèves (la 1^{ère} position correspondait à la stratégie préférée).



Figure 8: Classement des stratégies des élèves pour faire face au stress, selon l'occurrence de la réponse, hors hiérarchisation.

Onze élèves ont choisi d'autres stratégies pour faire face au stress. A 64% c'était leur principale réaction face au stress.

- Réponses similaires à celles déjà proposées : je parle avec mes amis, je ne parle plus, rien j'attends que ça passe.
- Réponses différentes et négatives, rapportées par des adolescentes de 14 ans : manger, se faire du mal (je m'arrache les cheveux, je me griffe l'avant-bras), regarder la télé et dormir en ville toute seule.
- Réponses différentes, positives et dans l'action : parler avec ses parents (3 adolescents), pratiquer des activités de loisir comme les jeux vidéos et d'autres activités créatives (lire, chanter, écouter de la musique, jouer du piano).

3. Répercussions sur la qualité de vie

3.1. Résultats en général

Dans l'ensemble les élèves se sentaient en très bonne santé, voire excellente à 69% (N=86). Personne n'a répondu penser avoir une santé médiocre ou mauvaise.

Pour les activités de la vie de tous les jours, 93% ne sont pas du tout gênés par des efforts physiques modérés, et 87% ne sont pas gênés pour monter plusieurs étages par l'escalier. Par contre 7% se sentent un peu ou beaucoup gênés par l'effort modéré et 13% par les escaliers.

En raison de leur état physique, au cours du mois précédent, 20% ont du faire moins de choses que ce qu'ils auraient souhaité, et 22% ont du stopper leur activité. Les douleurs physiques ont gêné beaucoup ou énormément 7% des élèves au collège ou à la maison.

En raison de leur état émotionnel (tristesse, nervosité, déprime), au cours du mois précédent, 17% des élèves ont du faire moins de choses que prévu, et 22% ont éprouvé des difficultés pour mettre autant de soin et d'attention à leurs activités.

Au niveau émotionnel, les réponses sont un peu plus étalées. Le calme et la détente ne sont atteints au cours du dernier mois que quelques fois ou jamais par 28% des élèves. 28% se sentent également débordant d'énergie que quelques fois ou jamais. Et enfin, la tristesse et l'abattement sont ressentis par 21% des élèves.

Dans la vie relationnelle avec la famille, les proches, 93% ne se sentent que de temps en temps ou jamais gênés par leur état de santé physique ou émotionnel. Par contre 7% se sentent gênés une bonne partie du temps à cause de leur état de santé.

3.2. Les scores de qualité de vie

(Mode de calcul des scores en annexe 4)

Pour le calcul des scores de qualité de vie mentale et sociale (MCS) et le score de qualité de vie physique (PCS) les répondants n'ayant pas répondu à un item ou plus du SF-12 ont été exclus car cela rendait le calcul impossible.

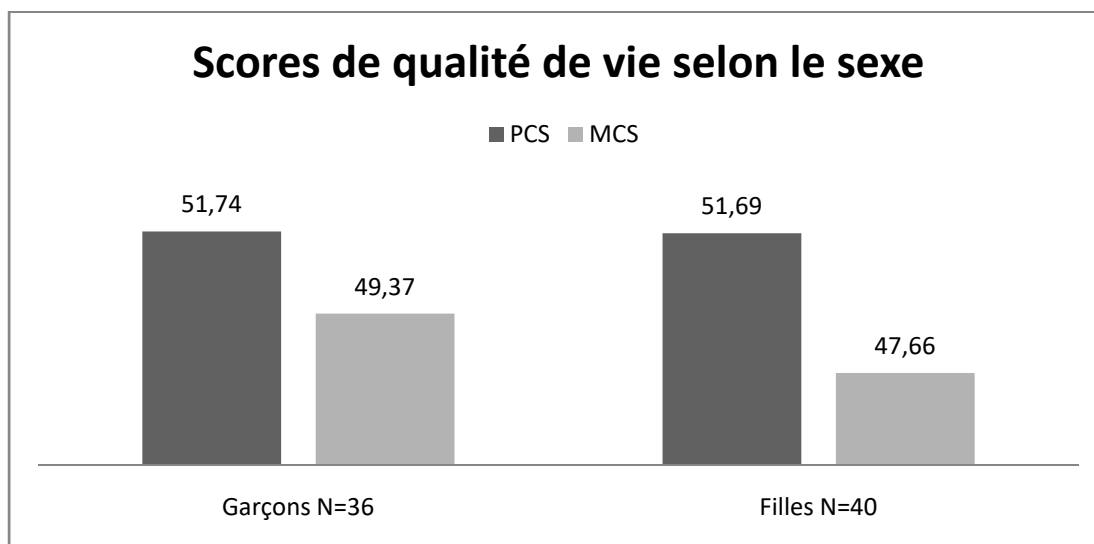


Figure 9: Comparaison des moyennes des scores PCS et MCS selon le sexe des répondants.

La moyenne du score de qualité de vie physique est de 51,58, il n'y a pas de différence significative selon le sexe (ANOVA Test $F = 0,0016$ et $p = 0,9682$). Les répondants plus âgés ont un score physique inférieur aux plus jeunes (ANOVA $F = 4,1099$ et $p = 0,0204$: différence significative).

La moyenne du score de qualité de vie mental et social est de 48,56, il n'y a pas de différence significative selon le sexe et selon l'âge (ANOVA Test $F = 0,6545$ et $p = 0,4211$ pour le sexe et $F = 0,0434$ et $p = 0,8356$ pour l'âge).

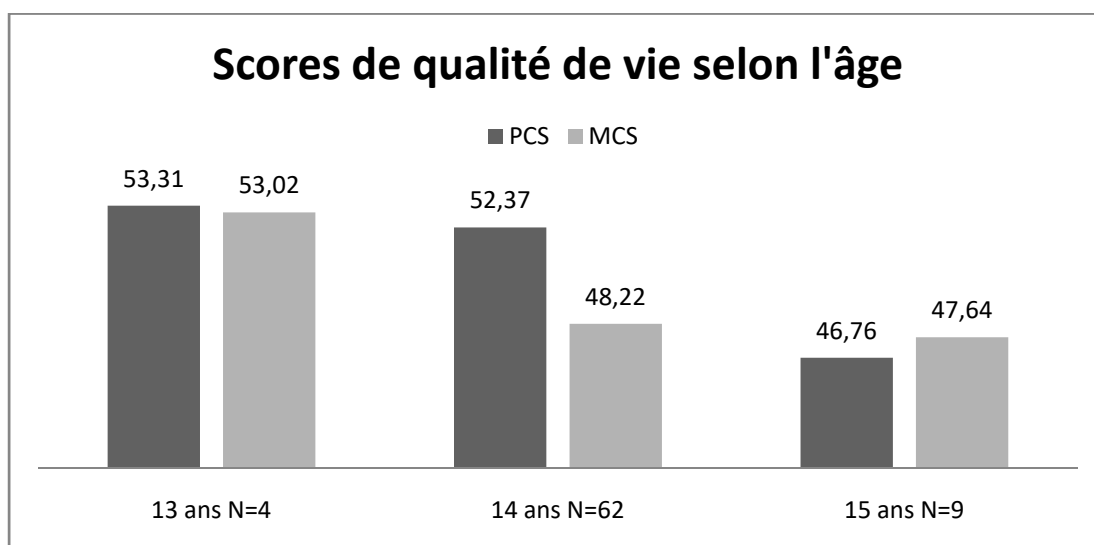


Figure 10: Comparaison des moyennes des scores de qualité de vie physique (PCS) et mental et social (MCS) selon l'âge des répondants.

4. Communication des adolescents à propos de leur stress

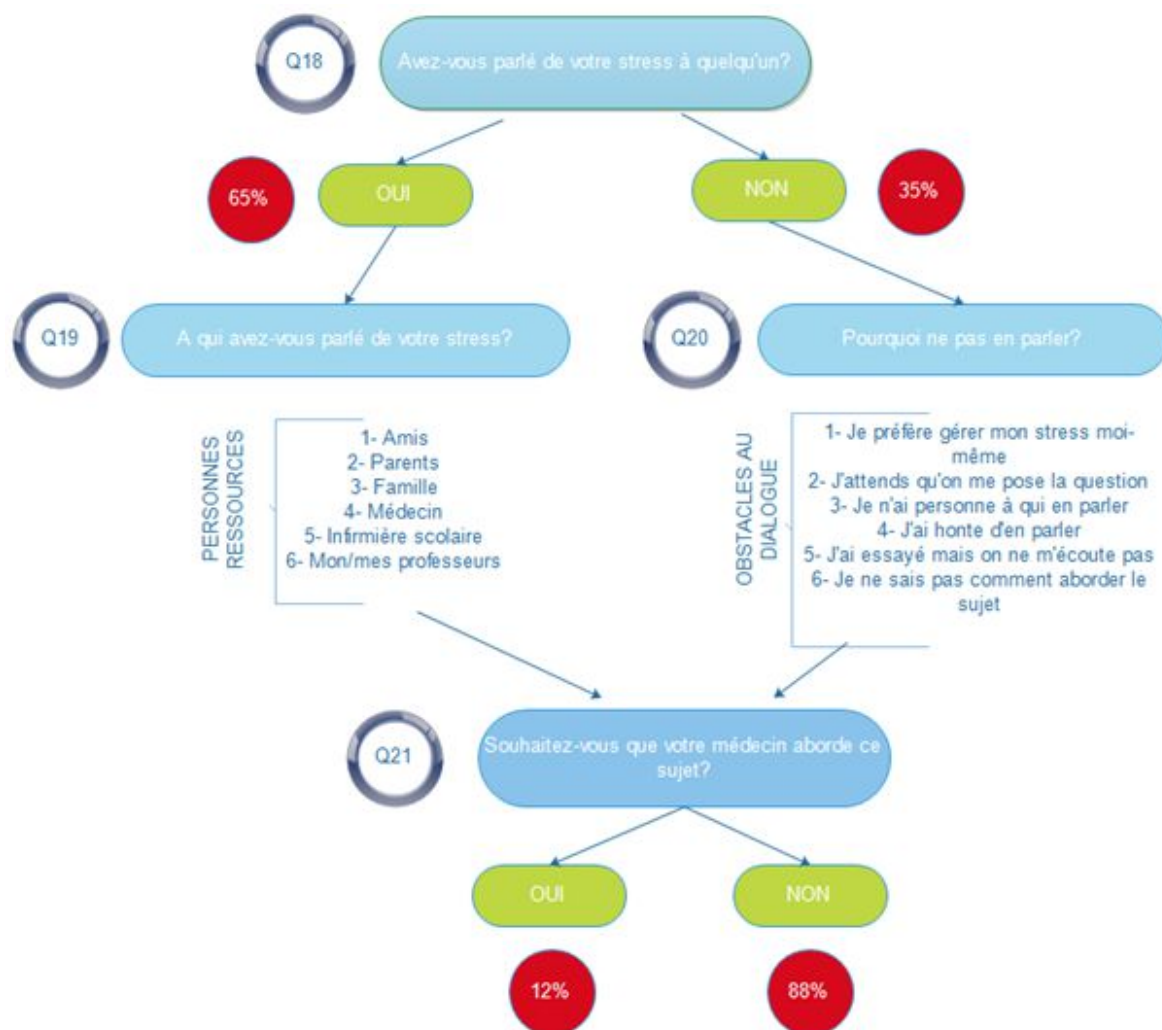


Figure 11: Réponses des adolescents sur leur façon de communiquer à propos de leur stress ou pas, les raisons de ne pas le faire.

65% des adolescents ont déjà parlé de leur stress ou de ce qui les stress avec quelqu'un (sur 77 réponses).

Des élèves ont d'ailleurs répondu à cette question alors qu'à la question 15 ils avaient répondu ne pas être stressés.

4.1. Les personnes ressources

Certains adolescents ont quand même répondu à cette question même s'ils avaient répondu ne pas parler de leur stress à la question précédente. Et inversement, une adolescente a répondu être stressée et en avoir déjà parlé à quelqu'un, mais n'a pas rempli le reste du questionnaire.

Les personnes proposées pour parler du stress étaient : les parents, d'autres membres de la famille, mes amis, mon médecin, l'infirmière du collège, mon/mes professeurs, ou d'autres.

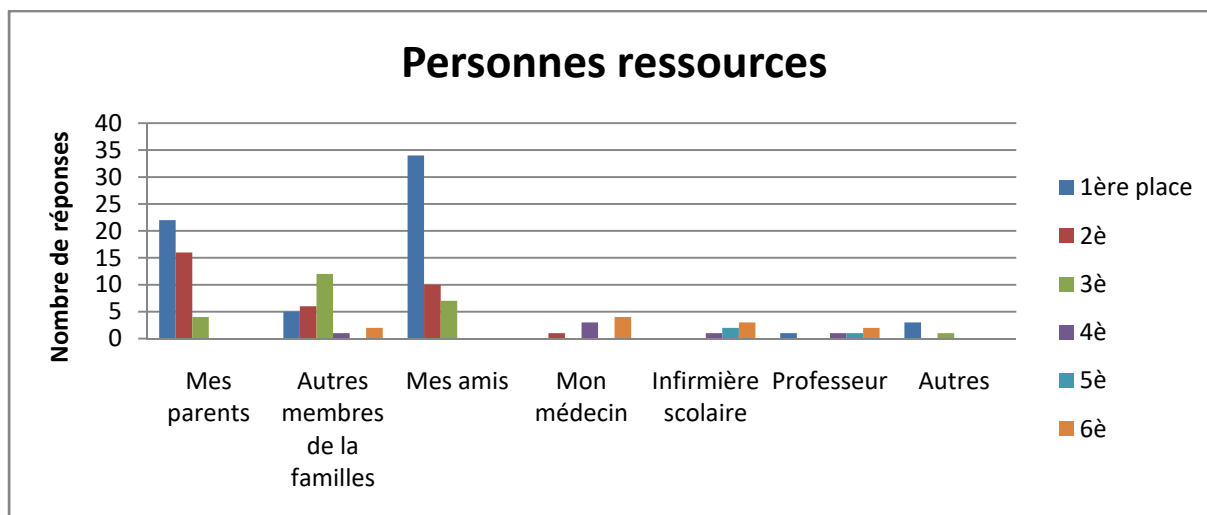


Figure 12: Personnes à qui les adolescents parlent de leur stress, classés par ordre d'importance (coché de 1 la plus importante à 6 la moins importante)

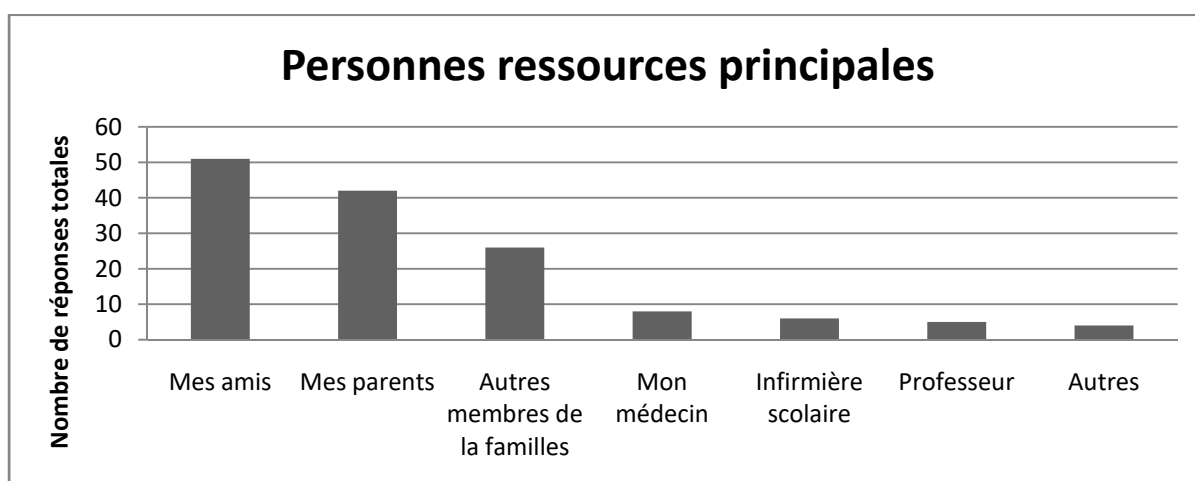


Figure 13: Personnes à qui les adolescents parlent le plus de leur stress, réponses cochées au total sans ordre d'importance, en nombre de répondants (N=142)

Une large majorité considérait les amis comme le principal confident. La réponse représentait 52% des principales personnes à qui parler. Elle a été cochée uniquement en première, deuxième et troisième position, de même que pour les parents, qui représentaient, eux, 34% des principales personnes à qui parler (tableau).

Par contre le médecin, l'infirmière scolaire et les professeurs n'étaient pas des personnes ressources identifiées par les élèves, quand ils ont été cochés (en faible nombre) c'était en cinquième et sixième position.

D'autres personnes ressources ont été identifiées : une sœur, un psychologue, le petit ami, un membre de l'Eglise.

4.2. Obstacles au dialogue

Les raisons proposées pour de ne pas parler de leur stress à quelqu'un étaient: je n'ai personne à qui parler, j'ai honte d'en parler, j'ai essayé mais on ne m'écoute pas, je préfère gérer mon stress moi-même, je ne sais pas comment aborder le sujet, j'attends qu'on me demande comment je vais, et autres.

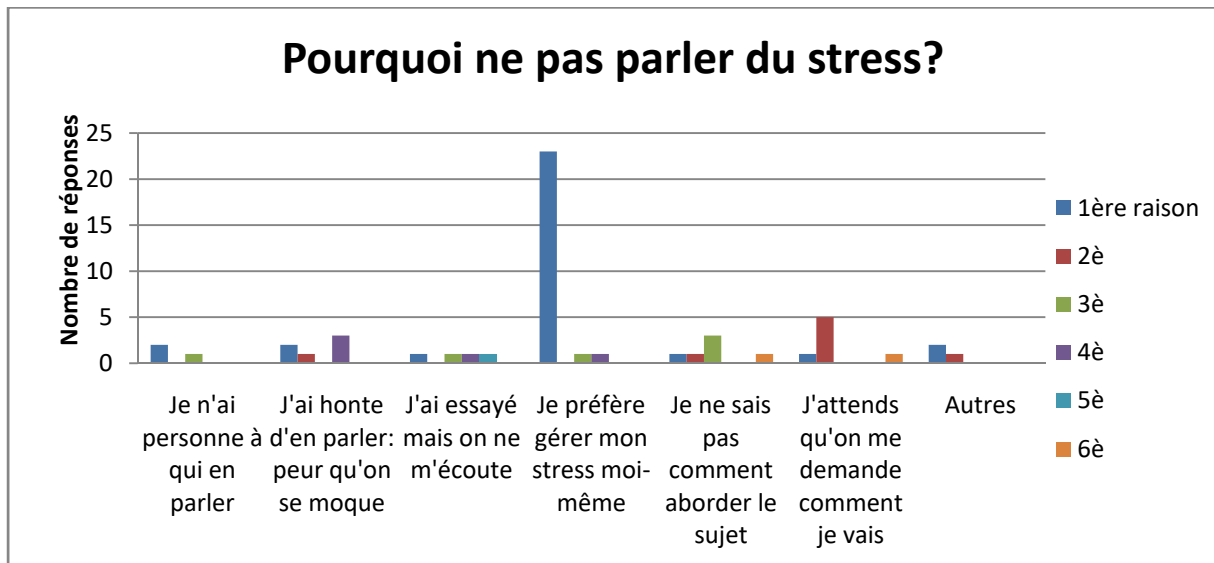


Figure 14: Raisons évoquées par les adolescents pour ne pas parler de leur stress avec quelqu'un, classés par ordre d'importance (coché de 1 la plus importante à 6 la moins importante).

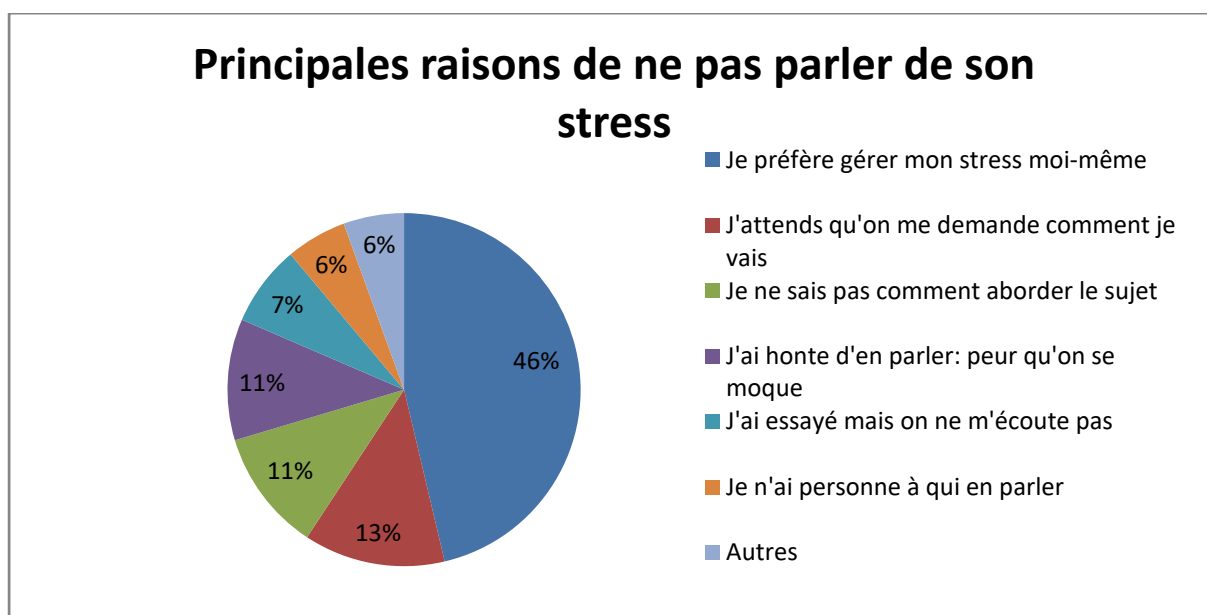


Figure 15: Raisons évoquées par les adolescents pour ne pas parler du stress, par ordre de grandeur (nombre de fois total où la réponse a été cochée sur 54)

Il y a eu beaucoup moins de réponses qu'à la question 19 (A qui parlez-vous de votre stress ?), et une large majorité préférait gérer son stress seule : elle représentait 57% des réponses totales, et à 92% elle est citée en premier.

Le manque d'écoute et l'absence de personne ressource étaient les moins évoqués comme obstacles au dialogue (3% et 5% du nombre total de réponses cochées).

Dans les réponses « autres », il s'agissait en fait de reformulations des items déjà proposés. Une adolescente a tout de même dit ne pas parler de son stress car elle était renfermée et estimait que d'autres personnes avaient des problèmes plus importants.

4.3. Le médecin généraliste

Sur les 73 réponses, 88% ne souhaitent pas parler de ce sujet avec leur médecin.

Peu d'adolescents souhaitent que leur médecin aborde le sujet du stress avec eux, seulement huit, autant de filles que de garçons.

Pour ceux qui ne voulaient pas en parler, les filles étaient légèrement plus nombreuses que les garçons (57% contre 43%) sur les 66 répondants.

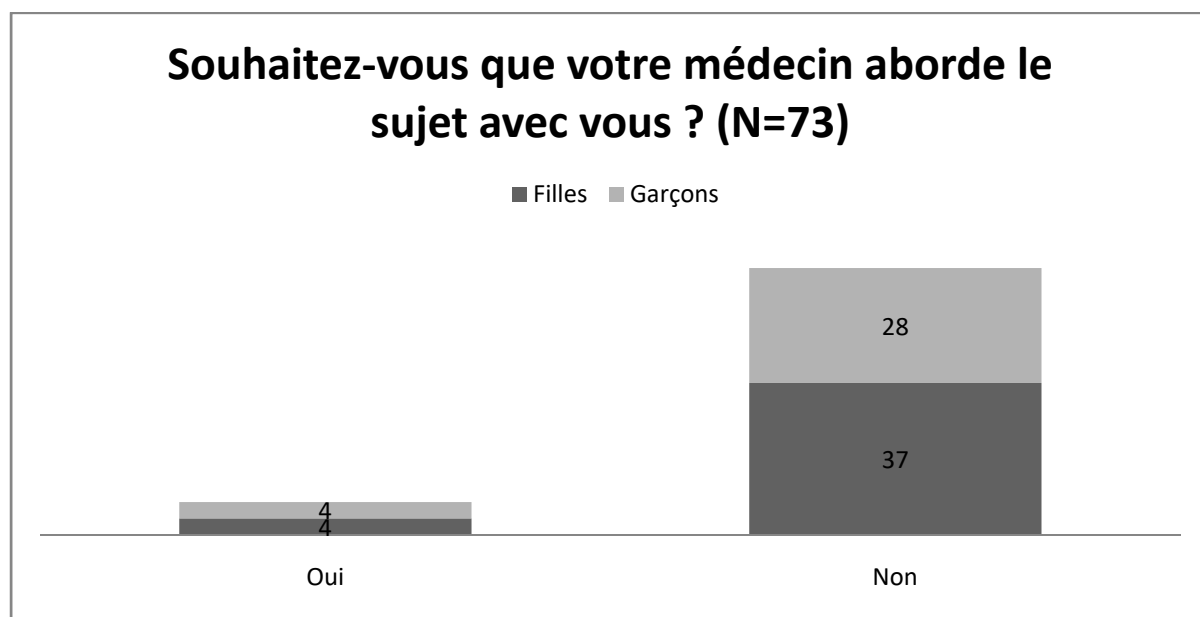


Figure 16: Répartition des adolescents souhaitant ou non parler de leur stress avec leur médecin généraliste, en fonction du sexe.

Partie IV : DISCUSSION

Cette étude descriptive dégage que dans la population adolescente urbaine de Rennes, les références à l'anxiété, la dépression, le mal-être et la qualité de vie perçus sont plutôt rassurantes. Les adolescents ressentant des signes de stress semblent mettre en place des stratégies adaptatives mobilisant le réseau amical et familial et une gestion autonome du stress faisant supposer de bonnes capacités de résilience. Ceci laisse peu de place aux soignants et pose la question de la place des professionnels de santé et du personnel scolaire dans le repérage du mal-être des adolescents, d'autant plus qu'une partie non négligeable des adolescents présentant une souffrance psychologique vont trop mal ou ont trop de problèmes et n'arrivent pas à en parler et s'exprimer.

1. Forces et faiblesses des résultats

1.1. Intérêt

770 questionnaires ont été distribués, 187 ont été reçus au final et 86 interprétés pour cette thèse, soit un taux de réponse de 11%.

Sur les 21 collèges, 8 ont répondu. Ils sont d'origines différentes, du privé et du public, les différents quartiers de Rennes sont représentés (Annexe 2), même si lors de l'analyse des résultats il n'est pas possible de déterminer de quels collèges provenaient les réponses des questionnaires (les codes établissement sur la première page du questionnaire n'ont pas été remplis).

Les questions ouvertes abordant le stress ressenti par les adolescents ont permis d'obtenir des réponses personnelles et intéressantes de la part d'adolescents désireux de s'exprimer.

1.2. Biais

Les collèges n'ont pas été sélectionnés selon des critères de représentativité et de hasard. Tous les collèges de la ville de Rennes ont été sollicités, beaucoup (13 sur 21) n'ont pas répondu, à cause soit de la direction, soit des vacances de la Toussaint et de problèmes pour distribuer aux élèves les questionnaires dans les classes.

La question de la certitude de l'anonymat a peut-être aussi fait hésiter certains élèves, craignant que les professeurs ou CPE feuilletent leurs réponses. Un autre frein concerne le refus des parents (tous les formulaires de consentement ne sont pas remplis, mais dans la majorité des cas, même sans la signature du représentant légal, les questionnaires ont été remplis).

Les différents collèges n'ont pas été annotés sur les questionnaires reçus, et je ne peux donc pas déterminer si par exemple le stress lié à la scolarité est moins présent dans le collège Sainte-Thérèse, qui fonctionne sans notes, mais avec des évaluations régulières sur les compétences, capacités et connaissances des élèves.

De même nous aurions éventuellement pu nous faire une idée de l'auto-évaluation de la qualité de vie des élèves de SEGPA et ULIS, et soit s'attendre à ce quelle soit plus faible que dans les classes de filière générale, soit au contraire équivalente, grâce au programme scolaire adapté aux besoins de ces élèves. Un seul des questionnaires reçus concernait un élève en difficultés, il n'a d'ailleurs répondu qu'à la première partie du questionnaire sur les scores de qualité de vie, mais malheureusement pas aux questions sur le stress.

Il y a eu des problèmes de compréhension des consignes, certaines parties des questionnaires sont remplies, pas d'autres et dans les questions ouvertes sur le stress il y a parfois hiérarchisation des réponses, parfois non.

Enfin, l'analyse conjointe des 187 questionnaires reçus (mémoire et thèse) aurait permis de détailler un peu plus le stress, les stratégies adaptatives pour y remédier, et les raisons de ne pas en parler. Un questionnaire proposé sur internet aurait pu obtenir une meilleure participation des élèves, plus de rapidité et de simplicité dans l'administration des questionnaires et le recueil des résultats.

2. Constats sur la qualité de vie des jeunes rennais

2.1. Une bonne santé globale

Selon le questionnaire SF12, la santé perçue par les adolescents est bonne. La moyenne obtenue est de 51, donc supérieure à 50 (qui est la moyenne en population générale).

Il n'y a pas de différence statistique selon le sexe pour les scores, mais il y en a selon l'âge : à 15 ans la qualité de vie sur le plan physique (PCS) est moins bonne qu'à 13 et 14 ans.

Nous pouvons rapprocher ces résultats à ceux de l'étude réalisée par l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne) en 2007 sur la santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Certes cette étude date de 10 ans, et a interrogé des collèves à partir de la classe de 4^{ème}, des lycées généraux et technologiques, professionnels et agricoles en se basant sur une échelle différente (le profil de santé de Duke), mais elle permet de savoir comment les élèves évaluent leur santé.

Les scores de Duke des différentes dimensions (physique, mentale, sociale, santé perçue, anxiété, douleur, incapacité, estime de soi, dépression) ont permis de quantifier chacun des grands aspects de la qualité de vie (les principaux étant la santé physique, psychologique et sociale qui, associés, permettent de produire un score de « santé générale »). Globalement, les jeunes bretons déclarent une qualité de vie plutôt bonne puisque le score de santé générale (65,8) est supérieur à 50, indice médian sur l'échelle allant de 0 à 100 (indice de qualité de vie optimale) (21).

Cette étude de l'ORS Bretagne a montré un paradoxe chez les adolescents bretons : leur score de santé perçue est supérieur à celui de la France, mais dans le détail des autres dimensions (santé physique, santé mentale, santé sociale, santé générale, estime de soi, anxiété, dépression), les scores obtenus sont moins bons.

2.2. Des résultats plus contrastés dans le détail

Dans notre étude à Rennes, tous les adolescents ont répondu se sentir en bonne santé, et même en excellente santé à 13% (d'ailleurs 96% des 15-30 ans se déclaraient en bonne santé dans le baromètre santé 2010 des jeunes de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé INPES) (22), alors qu'en prenant les questions séparément, des divergences apparaissent. En effet, leur état émotionnel et physique leur faisait finalement faire moins de choses au quotidien (environ 20%), et des douleurs physiques les gênaient beaucoup pour 7% d'entre eux.

Dans l'analyse statistique des scores, nous avons trouvé que les élèves les plus âgés (15 ans) avaient un score de qualité de vie significativement inférieur à celui des plus jeunes au niveau du score physique, mais pas de relation avec le sexe. Or, dans l'enquête de l'ORS Bretagne, une altération dans la perception de la qualité de vie est également observée, le score de santé globale diminuant avec l'âge. Par contre il y a une différence entre les filles et les garçons. La qualité de vie perçue par les filles diminue dans toutes les dimensions, mais plus particulièrement chez les plus jeunes (moins de 15 ans) et pour les dimensions se rapportant à la santé psychique. Pour les garçons, seuls les scores de santé physique baissent significativement selon l'âge (à partir de 16 ans) (22). Nous pouvons retrouver les mêmes résultats dans une enquête de l'INSERM réalisée en 2013 dans trois régions contrastées chez les 13-18ans : les soucis d'ordre psychologique sont très fluctuants et touchent plus les filles, leur santé psychologique s'altérant entre la 6^{ème} et la 3^{ème} alors que celle des garçons reste stable. La différence filles/garçons peut s'expliquer par la maturité et la lucidité, plus précoces et importantes chez les jeunes filles. Elles ont une moins bonne image d'elles-mêmes que les garçons (23).

Ce paradoxe pourrait être dû à une mauvaise connaissance de ce qu'est la santé perçue, les adolescents ayant une conception différente de celle des adultes. La maturation décalée du cerveau des adolescents dans cette période de leur vie fait que leur part émotionnelle est majoritaire (24). La manière dont l'adolescent se représente sa santé dépasse largement le cadre de la santé physique, elle concerne également sa vie sociale, relationnelle, amoureuse, familiale, scolaire... (28). Nous pourrions aussi penser que l'adolescence, période d'effervescence, de nouvelles expériences, donne une sensation d'optimisme aux jeunes, du moins pour ce qui est de l'immédiateté, du temps présent (87% des jeunes bretons scolarisés se disaient heureux au moment de l'enquête de l'ORS Bretagne (30)). Par contre l'aspect régional de ce paradoxe ne s'explique pas vraiment.

3. La souffrance psychique

Selon l'UNICEF et son rapport de 2014 sur les adolescents en France, les difficultés des 6-18 ans se traduisent par des souffrances psychologiques chez 36% d'entre eux, souffrance augmentant avec l'âge (maximale dans la tranche des plus de 15 ans). Le fait d'être une fille, les tensions familiales, la peur de l'échec scolaire et le harcèlement sur les réseaux sociaux augmentaient de manière significative les risques de souffrance psychologique (2).

3.1. L'estime de soi

L'estime de soi est un facteur important de bien-être émotionnel, et un facteur de résilience face à l'adversité. Une bonne estime de soi permet de persister plus longtemps face aux difficultés que des personnes qui doutent d'eux-mêmes, en adoptant des stratégies de résolution des problèmes adaptées (recherche de soutien social auprès des proches, remise en question des comportements inadéquats, confrontation à la réalité), stratégies qui seront étudiées dans le chapitre 4.2. Une faible estime de soi est souvent associée à des stratégies inverses, avec repli sur soi, évitement du problème ou autocritique excessive (25), et comme facteur de risque (avec le désespoir) de tentative de suicide (26). Chez 70% des adolescents ayant un sentiment de dévalorisation, d'infériorité, de perte d'estime de soi, des idées suicidaires sont retrouvées (27).

Dans notre enquête, nous n'avons pas retrouvé de différences dans l'estime de soi des jeunes selon l'âge et le sexe, peut-être parce qu'il faut réfléchir en terme de niveau scolaire plutôt que seulement avec l'âge. Malgré l'absence de liaison statistique, nous retrouvons à Rennes une répartition des garçons plus importante dans les classes d'estime de soi élevées, alors que celle des filles est plus homogène (figure 5). Nous avons sur Rennes des collégiens qui ont confiance en eux, pensent être une personne de valeur, avec des qualités, satisfaits d'eux-mêmes et ne se considérant pas comme un raté.

A côté de ces bons résultats, nous avons des adolescents rennais ayant une très faible estime de soi, et donc plus à même de présenter des troubles psycho-sociaux, des conduites à risque et de consommation de toxiques: 32% disent avoir peu de raisons d'être fiers d'eux, 50% aimeraient avoir plus de respect pour eux-mêmes, 34% se sentent parfois totalement inutiles, et un adolescent sur cinq pensent parfois être un bon à rien et n'a pas une attitude positive vis-à-vis de lui-même.

Nos résultats sur Rennes montrent que l'estime de soi des adolescents est à prendre en compte et à repérer, tant au niveau scolaire que médical, pour éviter que les élèves ne sachent pas vers quelles ressources se tourner en cas de problèmes, ne sachent pas quelle attitude serait la plus adéquate, et qu'ils se tournent vers des conduites à risque ou qu'ils développent une trop grande souffrance psychologique.

3.2. Les signes anxio-dépressifs

La dépréciation de soi ou la dépressivité (potentiel dépressif selon le Dr Bergeret) font partie intégrante de la souffrance psychique des jeunes. Moins de 8% des consultations des adolescents en médecine générale ont un motif psychologique, et l'état dépressif est un motif exceptionnel (28). La prévalence de l'épisode dépressif majeur (EDM) se situe entre 2 et 8% dans la population adolescente selon les études (29). Pour la HAS, en France en 2014, 8% des adolescents entre 12 et 18 ans souffriraient de dépression (30), et les idées suicidaires sont élevées pour les 15-19ans (8,5%) (31). Les signes d'appel sont peu spécifiques et polymorphes à cet âge : la dépression signe un échec du

processus adolescent.

Le principal risque de l'état dépressif et de la souffrance psychique en général, est la tentative de suicide. Mais à l'adolescence, 50% des suicides mortels surviennent en dehors d'un été dépressif caractérisé (32). L'Observatoire national du suicide a publié début 2018 son 3^{ème} rapport et confirme que le suicide est la 2^{ème} cause de mortalité chez les 15-24 ans, et représente 16% des décès de cette tranche d'âge. Les jeunes filles entre 15 et 19 ans sont sur-représentées avec 39 adolescents ayant déjà fait une tentative de suicide sur 10000 en 2014 (33). Selon les enquêtes ESCAPAD et ESPAD, 3% des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide, et un jeune sur dix dit avoir eu des pensées suicidaires.

A Rennes, 15% des adolescents de 3^{ème} présentent un état anxieux avéré (figure 3), et un adolescent sur quatre se dit tendu ou énervé et se fait du souci assez souvent et la plupart du temps. Nous n'avons pas retrouvé de différence statistique selon l'âge et le sexe. Pour le Pr Marcelli, au-delà du repérage, un travail d'évaluation est fondamental pour tenter de discerner l'anxiété physiologique (à respecter et à soutenir) d'une anxiété plus pathologique. Car l'anxiété est une des émotions les plus fréquentes à l'adolescence (la proportion de symptômes anxieux chez les élèves rennais le corrobore), sous toutes ses formes et intensité allant d'inquiétudes passagères à l'angoisse chronique et la phobie scolaire ou sociale. La menace anxieuse est une des portes privilégiées dans la pathologie psychique (7).

Pour le volet dépression, nous avons des adolescents en moyenne pas déprimés, qui s'intéressent à leur apparence et qui prennent plaisir dans des loisirs communs pour leur âge. Nous ne retrouvons pas non plus de liaison statistique selon l'âge et le sexe, soit à cause d'un faible échantillon (82 répondants) soit parce que la différence filles/garçons apparaît à partir de 15 ans au détriment des jeunes filles à propos des signes dépressifs et idées suicidaires. Quand nous additionnons les classes 2 et 3 (signes dépressifs avérés et/ou douteux), nous arrivons à 7%, ce qui est dans la moyenne nationale (prévalence des EDM entre 2 et 8% de la population adolescente) (30). Deux adolescents présentent par contre via l'échelle HAD un état dépressif avéré.

D'où l'importance du repérage des signes dépressifs, des idées suicidaires et de la souffrance psychologique chez l'adolescent. Des outils de dépistage sont disponibles pour le médecin généraliste en consultation pour les explorer et prendre en charge l'adolescent en souffrance, ils seront détaillés dans le chapitre 6 sur les adolescents et le médecin généraliste.

4. Les adolescents et le stress

Dans notre enquête, près de trois-quarts des élèves se sentent peu ou pas stressés. Le stress n'est d'ailleurs pas toujours considéré comme négatif, car l'adolescence est une période où les jeunes vivent leurs premières fois, porteuses d'excitation, de joies, mais aussi d'échecs, d'adversité, de conflits relationnels. Ca forge la personnalité. Prendre des risques, braver l'interdit, chercher ses limites, vivre ses premières fois sont des étapes importantes pour se tester, se connaître, se construire (34).

4.1. Les causes de stress

4.1.1. La principale cause de stress : la scolarité

Dans notre enquête, la réussite et les résultats scolaires sont la cause la plus importante de stress.

- **Les résultats scolaires**

Dans le baromètre santé des jeunes scolarisés en Bretagne de 2007, plus de la moitié des jeunes considèrent leurs résultats scolaires comme satisfaisants, les filles un peu plus souvent que les garçons (57% vs 50%). La majorité des élèves aiment l'école, et un jeune sur 2 est satisfait de ses résultats scolaires. D'ailleurs avec l'avancée en âge, la satisfaction à l'égard des résultats scolaires se dégrade, l'inquiétude mais aussi l'indifférence s'y substituent progressivement.

11% des élèves de Bretagne sont indifférents à leurs résultats scolaires, et 35% disent que leurs résultats scolaires leur posent soucis. Par contre la proportion de jeunes aimant l'école est plus faible en Bretagne qu'au niveau national (63% versus 84%) (35).

Ceci se rapproche de nos résultats où les résultats scolaires étaient la première cause de stress.

Toutes les études (HBSC, ESPAD, baromètre santé jeunes) montrent qu'à partir du collège le système scolaire n'assure plus une fonction d'intégration positive : on note une perte d'intérêt pour l'école et entre 11 et 15 ans, le présent et l'avenir commencent à être sources d'angoisses et de souffrance, à l'origine d'une perte de confiance en soi et d'estime de soi (36).

Dans le rapport de l'UNICEF (Fonds des nations unies pour l'enfance) de 2014, « adolescents en France : le grand malaise », 69% des enfants et adolescents répondants (6 à 18ans, dont 62 % de 12-18ans) disent qu'il leur arrive quelquefois d'être angoissés de ne pas réussir assez bien à l'école (2).

Ces 69% sont plus importants que les 60% d'élèves de Rennes, mais la tranche d'âge est beaucoup plus étalée (6 à 18 ans), et arrivent en deçà si nous ajoutons les fois où les résultats scolaires ont été cochés en première et deuxième position des causes de stress (85%).

Ce souci des résultats scolaires ne tient pas compte de la réussite effective de l'élève. La peur de l'échec scolaire repose sur un ensemble de facteurs et interactions, entre les attentes familiales (le fléchissement scolaire présent dans la scolarité de beaucoup d'adolescents mais d'évolution en général favorable, est une expression de la dynamique avec les parents et est l'enjeu de différents conflits entre adolescents et parents), l'importance des chiffres du chômage des jeunes (la difficulté à trouver un premier emploi) et le fait que vers 15 ans l'adolescents découvre quels sont ses intérêts scolaires ou extra-scolaires, qu'il doit confronter avec ses capacités réelles ou compétences dans un domaine

particulier (10).

La nature élitiste du système scolaire français, un contexte de compétition, avec notes et classement, d'éventuelles pressions excessives sur leurs résultats et donc leur réussite, provoque une angoisse de ne pas réussir bien réelle pour une frange importante des élèves (2). L'enquête du programme international pour le suivi des acquis des élèves de 2012 montrait que la France était mal classée pour la qualité des relations enseignants/élèves : 70% se sentaient traités avec justice contre 80% dans les autres pays de l'Organisation de coordination et de développement économiques (OCDE) (37).

Si les résultats scolaires sont stressants, le plus simple semble d'en parler directement aux professeurs, à eux aussi d'amorcer le dialogue et d'instaurer un climat de confiance avec les élèves. Une adolescente a d'ailleurs répondu dans son questionnaire que c'était devoir parler aux professeurs qui la stressait. Cette crainte des adultes est aussi retrouvée dans le rapport de l'UNICEF de 2014 : 24% des adolescents interrogés disaient que les adultes leur faisaient peur à l'école (les moins de 12 ans plus souvent que les plus de 15 ans), de part un climat de malaise dans les relations avec les enseignants et la crainte de sanction en cas de mauvais résultats scolaires ou manquement à la discipline (2). Plus de la moitié des élèves aimeraient d'ailleurs que leurs enseignants les encouragent plus et expliquent davantage les choses difficiles (37).

- **L'ambiance dans la classe/au collège**

Le stress lié à la vie scolaire peut être dû à un sentiment d'insécurité lié au harcèlement et la discrimination (8% des enfants et adolescents de l'étude de l'UNICEF de 2014) (2). L'école a une fonction de socialisation, elle permet aux élèves d'obtenir une certaine autonomie par rapport à la famille, et de créer des nouveaux liens avec les pairs, trouver sa place. Toujours selon l'Unicef en 2014 en France, la mission de l'école semble remplie car 86% des enfants et adolescents se sentent en sécurité à l'école.

D'ailleurs dans notre étude, l'ambiance dans la classe ou le collège n'arrive en première cause de stress que pour 6% des élèves (12% si nous ajoutons la deuxième position), et est majoritairement classée en troisième et quatrième (78%), donc une moindre cause de stress mais bien sûr présente.

Le vécu scolaire est donc une préoccupation importante, les adolescents savent qu'elle est essentielle pour leur avenir, leur vie professionnelle et enrichissante (8 élèves sur 10 dans une enquête de l'INSERM en 2014), mais elle occasionne également une réelle souffrance (école fatigante, stressante, énervante, pénible) ou au moins un stress (23).

- **Le harcèlement**

Le harcèlement des camarades est un facteur de stress majeur, l'école est un lieu où une frange importante des adolescents éprouve des difficultés relationnelles (un tiers des élèves de l'étude de l'UNICEF de 2014 disaient avoir déjà été harcelés ou embêtés, un quart se sentaient en insécurité à

l'école) (2). Dans notre enquête le terme de harcèlement n'a pas été spécifiquement mentionné, nous avons parlé de « climat scolaire ». Pour l'enquête HBSC de 2014, les trois quart des élèves rapportaient ne pas avoir été victimes de harcèlement ou de violences à l'école, 12% indiquant tout de même avoir été brimés au cours des deux derniers mois. La violence en milieu scolaire fait l'objet de toutes les attentions et est très présente dans les médias surtout depuis une dizaine d'années, et récemment avec l'émergence du harcèlement sur les réseaux sociaux.

Le harcèlement n'est pas spécifiquement retrouvé non plus dans les réponses ouvertes des élèves, peut-être car en général la situation s'améliore avec l'avancée dans la scolarité (la proportion de victimes de violence diminue par deux entre la 6^{ème} et la 3^{ème}) (38).

- **Mesures mises en place à l'école pour l'accompagnement des élèves**

L'école est un espace incontournable pour la prise en charge de la santé des enfants. Plusieurs études et directives nationales dernièrement mettent l'accent sur la promotion du bien-être des élèves à l'école.

Le Conseil économique social et environnemental (CESE), préconise en 2018 la **promotion de la santé des élèves à l'école et de la médecine scolaire**, en renforçant l'implication dans les actes de prévention (mieux informer et impliquer parents et élèves, réunir et renforcer la formation de l'équipe éducative), garantir une réponse adaptée et rapide aux besoins des élèves, et valoriser et évaluer l'action de l'école sur la santé (en rendant plus attractif et en valorisant les professions de la santé à l'école) (39).

Dans cette optique le Comité interministériel de la jeunesse (CIJ) a publié un guide pour aider les équipes éducatives des collèges et lycées à repérer le mal-être des élèves, et développer l'école promotrice de la santé, avec un environnement bienveillant favorisant un climat de confiance et de réussite : « **l'école bienveillante** » (40). Le programme international pour le suivi des acquis des élèves (PISA) faisait les mêmes recommandations en 2012 (37).

Le **parcours éducatif de santé** mis en place à la rentrée 2016 recouvre tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée. Il structure la présentation et regroupe les dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence au socle commun et aux programmes scolaires (41). Le **plan bien-être et santé des jeunes** prévoit en plus la création de postes spécifiques de psychologues de l'Education Nationale (PsyEN), une valorisation de la médecine scolaire dans les collèges et lycées, une augmentation des ressources en psychiatrie de l'adolescent de 25%, en une formation systématique et renforcée des personnels enseignants à la psychologie de l'adolescent et aux problématiques de santé des jeunes (41).

Plus largement, l'ONS (**Observatoire national du suicide**) préconise d'intervenir en milieu scolaire dans la prévention du suicide en renforçant les compétences psycho-sociales des enfants dès 5 ou 6 ans, et en ciblant les adolescents à risque grâce à des auto-questionnaires, la formation de

« sentinelles » parmi le personnel scolaire, améliorer la réactivité et la bienveillance des élèves face à leur propre souffrance ou à celle de leurs pairs, la communication entre jeunes et adultes et des applications de santé connectées (33).

Localement, en repérant les questionnaires venant du collège Sainte-Thérèse nous aurions peut-être pu voir des différences dans les causes de stress des adolescents, voire dans leur qualité de vie perçue. La suppression des notes et l'évaluation par niveaux de compétences pourrait améliorer la qualité des apprentissages et corriger les inégalités sociales. En diminuant le niveau de stress des adolescents en rapport avec la scolarité, nous pouvons supposer des effets bénéfiques sur leur adaptation scolaire et psychosociale ? En tout cas ce sont des thèmes de recherche à poursuivre.

Il conviendrait également qu'en début d'année scolaire que tous les élèves reçoivent une documentation avec les coordonnées du médecin scolaire et de l'infirmière avec des informations sur leur mission d'aide, les autres personnes « ressources » et « sentinelles » présentes sur les lieux de vie scolaire (CPE, professeurs...), les lieux de soin spécifiques aux adolescents en dehors du cadre scolaire en cas de souffrance repérée (maison des adolescents, Fil Santé Jeunes...).

4.1.2. La famille, les amis, les amours

La famille et les relations amicales représentent quasiment tout l'univers des adolescents, il est donc logique que ça soit également une source potentielle de stress, ou dans une moindre intensité de soucis. Pour nos adolescents rennais, la famille et les amis représentent chacun un quart des sources de stress, et donc les deux thèmes réunis concernent la moitié des collégiens.

C'est d'autant plus attendu comme réponse qu'à 13-15 ans apparaît progressivement un détachement parental pour investir le groupe de pairs. Le groupe de pairs est le lieu des initiations au tabac, l'alcool, le cannabis avec possible forçage aux consommations (« rite initiatique », condition nécessaire pour l'appartenance au groupe), harcèlement physique ou psychique (bullying/brimades). C'est l'âge également des premières passions amoureuses et des ruptures, sources de détresse parfois insurmontables (24).

Une étude à Montréal a d'ailleurs montré une certaine balance entre les deux « pôles » que sont la famille et les pairs. Plus le climat parental et conjugal était négatif, plus les adolescentes se tournaient vers leurs amis (42).

La théorie de l'attachement permet d'aborder l'autonomisation et la construction identitaire des adolescents, en leur permettant de rester attachés aux donneurs de soins que sont les parents. Des événements extérieurs, des accidents de la vie (pertes, familles défavorisées, séparation des parents, maladies et traumatismes) peuvent altérer la qualité initiale des attachements. Une mauvaise qualité des attachements avec les parents peut mettre à mal le sentiment de sécurité de l'adolescent, ses compétences relationnelles et émotionnelles futures, et les stratégies comportementales d'adaptation

au stress (43) (44).

L'enquête HBSC 2014 en France montrait que plus de trois quarts des collégiens estimaient avoir un bon niveau de dialogue avec au moins de leurs parents, plutôt leur mère, et que ce dialogue se détériorait avec l'avancée dans la scolarité, pouvant aussi expliquer la source de stress d'origine familial (45).

4.1.3. Autres causes mentionnées

Quelques élèves ont commenté leurs causes de stress, dont certaines pouvaient en fait être rattachées au vécu scolaire (ne pas savoir faire un exercice, parler aux professeurs) ou au vécu familial (l'état de santé des membres de ma famille).

Une des autres réponses concerne un thème important pour les adolescents : les loisirs (ici le sport et l'équitation). Il est normalement classique d'envisager les loisirs comme un facteur protecteur vis-à-vis de l'anxiété, mais un sport pratiqué à haut niveau, avec des compétitions, pression d'un club ou des parents pour obtenir un meilleur classement, peut au contraire provoquer un stress, et ne pas être épanouissant.

Enfin deux autres réponses reflètent plus un profil anxieux du répondant : l'état de santé en précisant l'hypochondrie, et la peur de l'avenir.

4.2. Les stratégies adaptatives mises en place par les adolescents

Nous avons remarqué une grande variabilité dans la façon dont les adolescents réagissent face au stress. Certains jeunes ayant répondu ne pas être stressés ont quand même parlé de ce qui les stresse et comment ils gèrent cela. En fait ils décrivent leur façon de vivre, ce qu'ils font pour leur bien-être propre, leur quotidien. La représentation du stress varie d'un adolescent à l'autre : des problèmes quotidiens minimes ou des soucis plus importants (précarité, maladie dans la famille...) pourront être mis au même niveau de stress par deux adolescents différents. C'est là que la résilience est importante car elle constitue un facteur de protection contre le stress engendré par les événements de vie négatifs (46) (47). La résilience est la capacité à réussir, grandir et acquérir des compétences alors même qu'on subit des circonstances de vie défavorables. C'est la capacité à surmonter des événements de vie difficiles (48). Toutes les réactions face au stress ne sont d'ailleurs pas idéales : c'est un problème courant en psychopathologie, les personnes les plus fragiles ont souvent recours à des stratégies de réparation les moins adaptées.

Face au stress, la plupart des adolescents privilégient leurs amis, faire du sport et s'isoler. Le recours à des comportements actifs, dans le mouvement, est plus fréquent que chez l'adulte (49). Le cerveau de l'adolescent en est à sa dernière étape de maturation, il se spécialise, poussant l'adolescent vers des comportements exploratoires et des conduites à risques (50).

4.2.1. Les relations avec les pairs

Le soutien social a un « effet tampon » sur le stress, il amortit l'impact que celui-ci peut avoir sur le sujet (51). Les personnes faisant le mieux face à des événements stressants de la vie sont également celles qui semblent les plus attractives (populaires) auprès d'autrui (52).

Ce qui montre l'importance d'avoir un réseau amical développé, comme nous pouvons le retrouver dans notre étude, la moitié des élèves va sortir avec ses amis, ou parler avec eux sur les réseaux sociaux quand ils sont confrontés à un stress.

4.2.2. L'isolement

Les adolescents de cette étude ont placé l'isolement en quatrième moyen pour faire face à leur stress, ce qui est beaucoup moins que ce qui a été retrouvé par exemple dans une enquête de l'INSERM en 2015. Sur plus de 15000 collégiens et lycéens de 3 départements différents (Hautes-Alpes, Poitou-Charentes et Val-de-Marne) entre 13 et 18 ans, les trois quarts des filles et plus de la moitié des garçons privilégiaient l'isolement comme modalité de lutte quand ils se sentaient mal (23).

4.2.3. Les consommations de substances psychoactives

Les conduites à risque sont des comportements comprenant des risques objectifs pour le bien-être physique ou mental de l'individu (53).

Il est admis qu'il n'y a pas d'adolescence sans prise de risque mais il faut distinguer celle qui est à la recherche de limites (faire une expérience, rites initiatiques) et celle qui est une recherche d'excès (recherche de sensation, de défonce, projection de l'angoisse sur l'extérieur). Cinq à 10% des adolescents s'inscrivent dans cette seconde logique, et posent la problématique de la dépendance et des addictions (10).

Dans notre étude, environ un élève sur cinq a barré la consommation de médicaments et la consommation de tabac/alcool/cannabis, signalant ne pas en consommer du tout. L'enquête ESCAPAD (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) montre également que les jeunes de 17 ans en 2017 consomment beaucoup moins d'alcool, tabac et de cannabis qu'au début des années 2000, avec surtout un doublement (11,7%) de la part des jeunes n'ayant jamais expérimenté aucune des substances psychoactives (54). Les jeunes de l'enquête ESCAPAD avaient d'ailleurs 14 ans en 2014, année de notre enquête, donc comme les collégiens interrogés.

- **Les médicaments**

Dans cette enquête, cinq adolescents disent prendre des médicaments quand ils sont stressés, pour se calmer. Cela correspond à 2,4% des réponses, mais en fait un seul l'a coché en 3^e option contre le stress, deux autres en 5^e position et encore deux autres en 6^e position. Nous pouvons considérer cela comme une pratique minoritaire, sans distinction de médicaments sans ou avec ordonnance.

Un suivi est d'ailleurs normalement déjà en place pour les jeunes prenant un traitement sur ordonnance

(médecin généraliste ou spécialiste). D'ailleurs les deux adolescentes ayant donné cette réponse ont des signes d'anxiété retrouvés dans le début du questionnaire, une est suivie par un médecin, et l'autre ne semble pas en voir malgré des signes flagrants d'anxio-dépression avec une influence du contexte psychosocial.

En Bretagne en 2007, les consommations de médicaments contre la nervosité et l'angoisse sont plus importantes chez les filles que chez les garçons. La consommation régulière chez les filles va d'ailleurs s'accroître fortement avec l'âge, surtout à partir de 16-17 ans, ce qui peut expliquer la faible consommation des adolescents de 3è dans notre enquête (35).

En France, 2,5% des enfants et adolescents sont concernés par la prescription d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques. Et 81,7% de ces prescriptions sont faites par le médecin généraliste (55).

Selon l'enquête HBSC 2014, 4,9% des adolescents déclaraient avoir consommé au cours du mois précédent des médicaments pour des symptômes de nervosité (en augmentation entre 2010 et 2014) (56). D'une façon générale plus de la moitié des adolescents de 12-19 ans ont pris un médicament au cours du dernier mois, sur prescription médicale ou automédication. Pour 13% ce sont des médicaments contre l'anxiété. La consommation augmente avec l'âge et les filles consomment plus de médicaments contre la nervosité que les garçons (28% contre 14%) (9).

Les risques principaux des médicaments sur ordonnance sont : l'élévation des doses par accoutumance, la consommation addictive débutante, à la recherche de sensations, la co-administration avec d'autres produits toxiques (en général l'alcool), la perturbation du sommeil, et l'altération de la personnalité, avec les barbituriques notamment (9).

Nous pouvons aussi retrouver l'accoutumance, l'addiction et les mélange de produits avec l'automédication, mais surtout l'absence de prise en charge globale et de soutien médico-psychologique.

- **Le tabac, l'alcool et le cannabis**

Plus ils commencent jeunes, plus il y a de risque d'addiction, et de poly-consommation. Les motifs inconscients de consommation, témoignant d'une vulnérabilité du sujet, la motivation d'être mieux (plus cool, moins nerveux, calmé) inscrivent souvent le jeune très rapidement dans une consommation d'allure addictive (9).

Ici la question est celle d'une consommation de ces produits toxiques à visée anxiolytique et pas forcément régulière, même si par exemple pour le tabagisme, l'adolescent peut fumer régulièrement du tabac car il est dépendant, et utiliser d'autres méthodes (ou fumer plus) quand il est stressé.

Une seule personne indique fumer du tabac/alcool/cannabis en première intention pour faire face à un stress, sinon ça reste la dernière option ou alors cette proposition est simplement barrée (c'est-à-dire je n'en consomme pas, ou en tout cas pas quand je suis stressé).

- **Les motifs de consommation de substances psychoactives**

Nous voyons que très peu des élèves de 3^{ème} consomment des médicaments et des substances psychoactives dans un contexte de stress. C'est principalement dû à la dimension sociale de ces pratiques à leur âge. L'étude ARAMIS (Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux substances psychoactives) de 2017 (57), a analysé les perceptions et les motivations d'usage d'alcool, de tabac, et de cannabis chez 200 mineurs entre 13 et 18 ans. Les motivations à consommer sont variables d'un produit à l'autre et selon les contextes. L'usage de la cigarette apparaît moins lié à la sociabilité que pour les générations précédentes, d'autant plus que cette génération a toujours connu l'interdiction du tabac dans les lieux publics, établissements scolaires, les bars et discothèques, et ne peut acheter des cigarettes ou de l'alcool avant 18 ans grâce à la loi HPST (réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) de 2009 (58) et la loi EVIN de 1991 (59).

- Le tabac est plus solitaire et ritualisé selon les moments du quotidien, et surtout il est beaucoup plus considéré comme nocif et addictif qu'auparavant.
- L'alcool, au contraire, est fortement associé à la convivialité, les sorties et rencontres entre jeunes, surtout les soirées du week-end. Il est devenu une norme sociale et participe au conditionnement festif à la recherche de la désinhibition, l'ivresse, combler l'ennui, faciliter les rapprochements sexuels. La pression des pairs est d'ailleurs importante dans toutes les initiations.
- Les risques liés à la consommation de cannabis semblent largement ignorés, l'herbe ayant gagné une réputation presque positive de produit naturel à vertu médicinale (cannabis thérapeutique). Les motivations sont d'ailleurs plus diverses (plaisir, partage, convivialité, fonction stimulante, distraction).
- Le stress n'est pas considéré comme une cause, et son soulagement comme un effet recherché de la consommation de substances psycho-actives, mais les consommateurs parlent quand même d'un produit leur permettant d'oublier le présent pendant quelques instants sans perdre entièrement le contrôle (57).

Il apparaît donc que les trois adolescents disant consommer du tabac, de l'alcool ou du cannabis en cas de stress sont plus susceptibles d'avoir des consommations massives (comme le binge drinking et les alcoolisations ponctuelles importantes (60)) et pathologiques (addiction sur personnalité fragile, les motifs inconscients pour consommer des substances psycho actives témoignant de la vulnérabilité du sujet). Il est important d'arriver à les repérer et empêcher les risques immédiats (coma éthylique, accident en voiture, violences agies et/ou subies, violences sexuelles) et à long terme (effets néfastes sur la maturation du cerveau de l'adolescent, addictions, troubles de la personnalité et psychiatriques à l'âge adulte). Les adolescents ont aussi tendance à réprouver la dépendance aux drogues ou au tabac chez les autres, et ont plus de mal à évaluer la leur, la minimisent, ainsi que le risque de tomber dans une consommation régulière et de plus en plus importante (57).

4.2.4. Les autres méthodes en réaction au stress

Une jeune fille de 14 ans répond en première intention qu'elle mange pour répondre à son stress. C'est la seule réponse dans le questionnaire qui aborde le thème des troubles alimentaires. Or ceux-ci peuvent générer, autant qu'être, une solution trouvée par l'adolescent pour se décharger de son stress.

Les filles sont en général plus touchées par ce phénomène. L'enquête de l'ORS Bretagne sur la santé des jeunes en 2007 retrouvait que 7 garçons sur 10 se trouvaient bien comme ils étaient, alors que les filles n'étaient que 58%. Un jeune sur 10 se trouvait en surcharge pondérale (les garçons un peu plus que les filles), et un peu moins en insuffisance pondérale : 7%, les filles davantage que les garçons (61). Les comportements alimentaires sont en effet importants, un trouble débuté à l'adolescence risque de se fixer dans le temps à l'âge adulte, d'altérer l'image de soi, l'estime de soi, et la qualité de vie.

Ces mesures adaptatives, ce qu'ils font pour décharger leur stress, est-ce réellement efficace ou est-ce une illusion ? Il aurait fallu leur demander si ce qu'ils font en cas de stress les soulage, s'ils se sentent mieux après, ou si eux-mêmes pensent qu'ils auraient besoin d'une autre aide. Les adolescents arrivent-ils à remettre en question les comportements inadéquats qu'ils peuvent avoir quand ils se retrouvent face à des difficultés ?

L'état d'être stressé peut-être vu comme outil de croissance ou de décroissance; de performance (dont on use) ou de contre-performance (qui nous use). Nous ne pouvons pas protéger les adolescents de toutes les causes possibles de stress, car la vie scolaire, familiale, et amicale sont les fondements de leur quotidien. L'important est d'améliorer leur gestion du stress, d'assurer une bonne estime de soi et de prendre part au processus de résilience, en espérant une amélioration de l'épanouissement personnel, du rendement scolaire, ainsi qu'une meilleure insertion sociale et qualité de vie (62).

5. La communication des adolescents sur leur mal-être

Une étude réalisée aux Etats-Unis concluait que l'amour, l'attention et la compréhension des parents aidaient les adolescents à éviter les comportements à risque, et que les adolescents attachés à leurs parents et à l'école étaient protégés des comportements suicidaires (63).

5.1. Les personnes ressources plébiscitées

La famille (parents et fratrie) et les amis sont majoritairement plébiscités par les élèves rennais, alors que le personnel scolaire et médical est quasi ignoré. Les deux tiers des adolescents interrogés ont parlé de ce qui les stresse avec quelqu'un.

Les adolescents parlent énormément entre eux de leurs problèmes, leurs idées, leurs angoisses. La verbalisation de petits soucis permet de désamorcer certaines angoisses. Le fait de pouvoir identifier des personnes à qui se confier est un facteur protecteur de la souffrance psychologique. Un meilleur fonctionnement familial, des aspirations éducatives plus élevées, un bon contrôle parental et l'existence d'autres adultes dans la famille auront un effet bénéfique sur la capacité des adolescents à surmonter des événements de vie négatifs (42). De bonnes relations avec la mère, un bon niveau de dialogue, est considéré comme un facteur de protection face au stress et des conduites à risque, alors qu'une mauvaise relation avec le père est plutôt un facteur de risque (43) (44).

La qualité des relations (présence de ressources de repli secure), le soutien perçu de la part de leurs amis sont de meilleurs facteurs de protection face aux troubles psycho-sociaux que la taille du réseau amical (24) (39).

5.2. Les adolescents qui ne veulent pas en parler

Un tiers des élèves rennais interrogés ont déclaré ne pas parler de ce qui les stresse, et un sur cinq s'isole quand il est stressé.

Plusieurs raisons peuvent expliquer qu'un adolescent stressé ne veuille pas en parler.

- Le stress peut ne pas être considéré comme une mauvaise expérience, l'élève le considère comme un outil de performance, pour se motiver. Ces adolescents sont armés d'une bonne résilience, et souvent d'une bonne estime de soi (voir très bonne).
- Nous pouvons évoquer aussi la pauvreté du relationnel de cette période « J'attends qu'on me demande comment je vais », « J'ai honte d'en parler », l'adolescent doit apprendre à affirmer sa personnalité, il a conscience de traverser une période difficile, se pose des questions sur lui-même (23), mais doit encore apprendre à le verbaliser, et est demandeur de le faire.
- Quand il n'y a pas de personnes ressources disponibles de confiance connues « Je ne sais pas comment aborder le sujet », « J'ai essayé mais on ne m'écoute pas », « Je n'ai personne à qui en parler ». L'absence de ressource de repli secure est d'ailleurs un facteur aggravant les troubles psycho-sociaux et peut favoriser les conduites à risque et les passages à l'acte (24).

Les adolescents sont connus pour cacher leurs peines et leur mal de vivre (64), il est indispensable pour les soignants, et au-delà le personnel scolaire et les parents, de repérer cette catégorie d'adolescents et surtout de comprendre pourquoi ils ne veulent pas dialoguer. Ca constitue un point de départ dans la relation de confiance adolescent-médecin.

Il est important de les informer pour qu'ils sachent formuler et comprendre que ça va mal (65). Quand ils sont face à des problèmes, les jeunes sont moins dans la recherche du groupe qu'autrefois, ils s'isolent avec de la musique par exemple, les filles plus que les garçons. L'écran est un outil d'échange pour les filles, et un espace de jeu pour les garçons (24).

L'**approche par les pairs** en matière de la santé des adolescents est une option à envisager, au niveau scolaire, les jeunes ayant du mal à se projeter dans l'avenir et à envisager les conséquences éventuelles de leurs pratiques d'aujourd'hui. Les principales sources d'informations des jeunes en matière de santé sont les parents et les moyens de communication en masse, pourtant les amis du même âge sont les interlocuteurs souhaités par les jeunes. Les associer à des actions de promotion pour la santé et en faire des relais vers d'autres jeunes, du fait d'une entraide naturelle entre les jeunes, des phénomènes d'identification (leaders positifs), serait une solution pour aider les adolescents en souffrance à sortir de leur mutisme et leur isolement (45).

6- Les adolescents et le médecin généraliste

88% des adolescents de notre enquête ne veulent pas parler de ce qui les stresse avec leur médecin généraliste (figure 11), pourtant selon l'INPES ils souhaitent discuter de sujets qui les préoccupent, mais la plupart ne le font pas spontanément (66).

6.1. Le dépistage et le repérage des signes de mal-être en consultation

- **Le recours au médecin généraliste**

Le médecin généraliste peut jouer un rôle important en terme de prévention car il est souvent le 1^{er} recours pour les adolescents : 80% déclarent avoir consulté un généraliste dans l'année, dont la moitié pour une visite de routine (56). La consultation est souvent brève et rarement induite par un problème psychologique : seulement 8% des consultations des adolescents (64).

Les jeunes qui consultent pour des troubles somatiques (fatigue, maux de tête, accident) cumulent souvent d'autres difficultés plus psychologiques, relationnelles, existentielles. Ils ne sont d'ailleurs pas conscients la plupart du temps de la signification de leurs troubles. D'où l'intérêt de l'écoute.

75% des motifs de consultation sont ponctuels et somatiques. Les filles ont plus souvent un traitement médicamenteux, et les garçons plus souvent un motif somatique. En 2002 moins de 5% consultaient pour un trouble psychiatrique (troubles des conduites alimentaires, troubles du sommeil, dépression, tentative de suicide), les filles 2 à 3 fois plus que les garçons (67). Les garçons consultent donc moins, mais ils parlent plus facilement avec leur médecin de leurs problèmes (68). Pourtant dans notre enquête, ils sont autant que les filles à souhaiter aborder leurs problèmes avec leur médecin.

- Le dépistage

Le dépistage du mal être, de troubles anxio-dépressifs nécessite d'ouvrir la consultation au delà du motif initial de consultation, l'adolescent exprimant rarement spontanément ses dysfonctionnements psychosociaux (69).

- Le TSTS-Cafard, est un test validé pour l'approche du risque suicidaire en consultation de médecine générale, et le dépistage du mal-être (49).
- Le BITS test, plus simple et plus rapide d'utilisation, il est plus sensible et plus spécifique que le TSTS-Cafard lorsqu'il est appliqué à des adolescents de 15 ans en population générale, pour dépister le risque suicidaire (65). C'est une version améliorée et mise à jour du TSTS-Cafard, mais qui n'est pas encore validée, car elle ne présume pas du résultat pour les 13-18 ans. C'est un test de dépistage qui permet d'ouvrir le dialogue avec l'adolescent s'il veut bien parler, quand le test est positif (≥ 3).
- L'Echelle ADRS (Adolescent Depression Rating Scale), est un questionnaire validé par l'HAS pour aider à la détection d'un état dépressif majeur (70).

- La consultation avec un adolescent

Il faut mettre en œuvre une démarche éducative avec l'adolescent, identifier les freins à la relation, signifier sa disponibilité, gagner sa confiance, décoder ses attitudes, aider l'adolescent à accéder à ses ressources personnelles et/ou sociales, à savoir les utiliser, à les développer.

Le passage des 16 ans est par exemple l'occasion de formaliser plusieurs éléments symboliques et administratifs comme la carte vitale à son nom, le choix du médecin traitant (31). Avant 16 ans, d'autres rencontres sont possibles en dehors d'un motif somatique : les vaccinations, le certificat de sport, la première consultation pour une contraception (détaillés au paragraphe 6.3). Ce sont des occasions de parler de la santé avec l'adolescent ou le pré-adolescent, et des compétences du médecin qui dépassent les seuls problèmes somatiques que l'adolescent a pu connaître jusque là. Progressivement l'adolescent va être amené à une autonomisation qui lui permettra d'identifier et solliciter de lui-même d'autres acteurs et de s'orienter dans le système médical (centre de dépistage anonyme et gratuit, consultation cannabis, planning familial, espace santé jeunes...) (71).

le soutenir dans ses compétences et ressources propres : aider le jeune à prendre conscience des éléments favorables à sa santé et son bien-être autour de lui, l'encourager par une attitude positive à son égard et valider les comportements positifs que l'on peut déceler le temps de la consultation (71).

6.2. L'importance d'initier le dialogue

- **Perception du médecin généraliste par les adolescents**

Dans cette étude sur Rennes, 88% des adolescents ne souhaitent pas parler de ce qui les stresse avec leur médecin, une très large majorité. Il peut y avoir plusieurs raisons à cela :

- Le généraliste est perçu comme un somaticien, les adolescents ont une représentation assez floue de son champs d'action, ne connaissent pas ses capacités à diagnostiquer des troubles psycho-sociaux ; ou comme le médecin de famille (c'est-à-dire celui des parents) l'adolescent peut alors douter de la confidentialité de l'entretien (28).
- La présence du/des parents, d'une part car l'adolescent ne va pas forcément oser abord le sujet des conduites à risques et prises de toxiques, et d'autre part il peut se sentir mis à l'écart de la conversation médecin généraliste-parent, où souvent le parent va répondre à la place de son enfant. Pourtant certains aimeraient voir seul le médecin généraliste mais n'osent pas demander à leur parent de sortir (73).
- Une autonomie limitée mais qui augmente avec l'âge. Pour le Pr Binder, quand l'adolescent consulte, c'est le parent qui prend rendez-vous (même à 18 ans les deux tiers des rendez-vous sont sollicités par les parents). Les trois-quarts disent ressentir une bonne compréhension de la part de leur médecin mais un tiers avoue n'avoir pas pu se confier, une insatisfaction qui diminue avec l'âge (autonomie et prise de conscience de devoir gérer sa propre santé) et est plus liée à l'absence d'accompagnant qu'à sa présence contrairement au résultat précédent (73).
- Tout simplement comme 57% des réponses au questionnaire de la thèse, les adolescents préfèrent gérer seuls, ils n'identifient pas de problème au fait d'être stressé, ou sont dotés une bonne capacité de résilience, ou restent repliés sur eux-mêmes, mutiques.
- Le groupe de pairs et le réseau amical et social est assez développé pour libérer la parole sur les soucis plus quotidiens et communs.

Nous l'avons vu à plusieurs reprises, parler du mal-être ne va pas de soi pour les adolescents, car ils abordent plus souvent leur médecin par des plaintes corporelles et imprécises. Leur représentation de leur état psychologique est floue, ils cherchent surtout à être rassurés sur leur normalité (71).

- **Favoriser la relation de soins**

Chez l'adolescent, la bienveillance lors du premier contact est souvent d'emblée thérapeutique (28). Le guide « Entre nous, comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la santé avec un adolescent ? » (31) donne pour cela des conseils pratiques pour les généralistes ayant un adolescent en consultation, des questionnaires et support d'appui à la relation. Les tests TSTS-Cafard et BITS vus plus haut sont aussi un point de départ pour ouvrir la discussion (49) (65), comme la simple question « Oui, et à part ça... ? », qui permet de multiplier par quatre la fréquence d'évocation

d'un problème psychologique (72).

Le soutien dans ses compétences et ressources propres favorisent à instaurer une relation de confiance: aider le jeune à prendre conscience des éléments favorables à sa santé et son bien-être autour de lui, l'encourager par une attitude positive à son égard et valider les comportements positifs décelés le temps de la consultation (71).

Dans notre étude, 12% des répondants voudraient bien en parler avec leur médecin généraliste, et il y a aussi les adolescents stressés qui n'en parlent pas, car, étant dans une attitude passive, ils attendent que quelqu'un leur demande comment ils vont. Ce quelqu'un pourrait être leur généraliste. La maturité émotionnelle des adolescents n'est pas linéaire ni égale pour tous, elle ne s'acquiert pas toujours selon la même temporalité, comme la puberté en général. Ces adolescents sont peut-être toujours dans la recherche d'un schéma traditionnel paternaliste dans leur relation avec le médecin ?

Pour l'OMS il est important de renforcer les compétences psycho-sociales des adolescents pour qu'ils sachent formuler et comprendre que cela va mal. Il faut non seulement aider à identifier les petits signes, mais aussi aider à les formuler, car plus un adolescent va mal, moins il sollicitera de l'aide (74).

6.3. Les réseaux à utiliser, à connaître et faire connaître

Il ne suffit pas de pouvoir entamer une relation de confiance et arriver à ce que l'adolescent lambda, ou celui en souffrance, se confie et arrive à exprimer son mal-être. Parfois les réticences du médecin généraliste sont liées à une absence ou une méconnaissance de structures adaptées quand la gravité de la situation le demande.

Les psychologues, les CMP (centres médico-psychologiques), les pédopsychiatres, sont des filières à développer pour permettre des interventions plus précoces et adaptées aux territoires. C'est une des mesures de la « mission bien-être et santé des jeunes », permettre aux professionnels de mieux identifier les signes de mal être ou de souffrance des adolescents ou des jeunes adultes et aider ces personnels à répondre et faire face à ces situations ;

- faire en sorte que les jeunes se sentent davantage soutenus et écoutés ;
- mieux orienter les jeunes vers les professionnels compétents, faciliter des interventions précoces, diversifier et améliorer les prises en charge, tout en réduisant les inégalités dans ce domaine (41).

L'autre amélioration est au niveau de l'accès aux soins. Pour beaucoup d'adolescents, mineurs, dépendants des parents, prendre rendez-vous avec son médecin est compliqué (moyens de déplacement et de règlement limités).

Les CASSAJA, centres d'accueil et de soins spécialisés pour les adolescents et jeunes adultes accueillent des adolescents de 13 à 21 ans en consultation individuelle.

Les **PAEJ**, points accueil et écoute des jeunes, complémentaires des **Maisons des Adolescents**, accueillent de façon inconditionnelle, gratuite et confidentielle, sans rendez vous, seul ou en groupe jeunes et/ou parents souhaitant recevoir un appui, un conseil, une orientation, des lors qu'ils rencontrent une difficulté concernant la santé de façon la plus large.

Le **MTE**, médecin traitant de l'enfant, instauré grâce à la Loi de modernisation du système de santé de juillet 2016 et entrée en vigueur en 2017, qui valorise les consultations des enfants de 0 à 16 ans, la carte vitale étant obligatoire à partir de 16 ans.

La **première consultation pour la contraception** et la prévention des infections sexuellement transmissibles, pour les jeunes filles de 15 à 18 ans devient prise en charge à 100% par l'assurance maladie depuis le 1^{er} novembre 2017 (cotation d'acte CCP).

Le **Pass Santé des Jeunes (P@ssSaJ)**, permet après une première consultation avec le médecin généraliste, d'être orienté vers un psychologue libéral, où un maximum de 10 séances seront pris en charge par l'assurance maladie pour les jeunes de 6 à 21 ans, pour l'instant en expérimentation dans trois régions (Ile-de-France, Pays de la Loire, Grand Est) pour 3 ans (41).

Le ministère de la santé vient récemment (mars 2018) de présenter sa **stratégie nationale de santé axée sur la prévention et la promotion de la santé**. Parmi les 25 mesures phares de la politique de prévention, avec une place importante pour la santé des enfants et des jeunes :

- L'école promotrice de la santé (vu au chapitre 4.1.1), avec des programmes de développement de la promotion de la santé (aller bien pour mieux apprendre), avec le développement des compétences psycho-sociales et la généralisation des ambassadeurs élèves (vu au chapitre 4.1.1 l'approche par les pairs).
- Les interventions des consultations jeune consommateur (CJC), à renforcer pour empêcher l'installation d'une personne dans des usages répétés et problématiques, destinées aux jeunes de 11 à 25 ans et leur famille.
- L'accompagnement spécialisé des jeunes admis aux urgences ou hospitalisés après un épisode d'alcoolisation massive, par une démarche préventive et une orientation, sera à proposer systématiquement (75).

Partie V : CONCLUSION

Des résultats alarmants auprès des lycéens de la région Brestoise sur la pratique généralisée du binge drinking et des alcoolisations régulières, nous ont fait nous interroger sur la qualité de vie et le bien-être des adolescents, pour déterminer la prévalence du stress chez les collégiens en classe de 3ème sur Rennes, quelles étaient leurs modalités de réponse au stress, et le rôle que peut jouer le médecin généraliste dans la prévention des conduites à risque liées à des troubles psycho-sociaux.

Notre enquête montre une bonne qualité de vie globale des élèves, leur santé perçue est bonne, sans signes d'anxio-dépression pour la majorité. Pourtant quand nous posons des questions plus précises sur le retentissement dans leur vie de tous les jours et leur état émotionnel, les résultats sont moins bons. Le fait que l'adolescence soit une période particulière, de maturation du cerveau, d'apprentissage de nouvelles émotions, de la gestion de nouvelles situations inconnues pourrait expliquer ce paradoxe.

Près de trois-quarts des élèves se disent peu ou pas stressés, et dans ceux qui le sont, un tiers n'en parle avec personne. Le stress est un concept variable d'un adolescent à l'autre, et aussi variable en fonction de la cause. La principale cause retrouvée est la scolarité, via le stress de performance scolaire, et via l'ambiance dans la classe, que nous pouvons rapprocher du harcèlement scolaire. Améliorer la gestion du stress des élèves à l'école, pour favoriser le processus de résilience, pourrait contribuer à l'épanouissement personnel, au rendement scolaire, une meilleure insertion sociale et qualité de vie.

Les nouvelles directives du CESE, de l'Education Nationale et du gouvernement sont d'ailleurs axés sur le principe de « l'école bienveillante » et de la promotion de la santé à l'école.

L'autre source de stress, ce sont les relations amicales, amoureuses et familiales, l'adolescent gagnant petit à petit son autonomie sur ses parents pour rejoindre un groupe de pair et découvrir les premières relations amoureuses. Cet environnement social et familial est source possible de stress, mais aussi une ressource de repli secure, en tout cas quand les liens formés sont de qualité, permettant à l'adolescent de s'exprimer librement et d'avoir une écoute compréhensive.

Les consommations de substances psycho-actives sont marginales dans notre enquête, un tiers des élèves disant ne jamais en consommer, et les autres rarement dans un but anxiolytique, comme ce qui est retrouvé dans la littérature, à part le cannabis, l'alcool et le tabac ont des consommations liées au groupe de pairs, l'initiation grâce à eux, l'expérimentation dans un contexte festif. D'ailleurs c'est une consommation à visée anxiolytique qui est plus à risque de provoquer une dépendance, surtout si l'adolescent est jeune.

Enfin, peu d'élèves souhaitent parler de leurs problèmes à leur médecin généraliste : 12% de nos collégiens. Parmi les obstacles il y a surtout la méconnaissance du rôle du médecin, qui peut aborder des thèmes psychiatriques, la peur de la divulgation du secret médical aux parents, les problèmes d'accès aux soins. Heureusement il y a aussi une bonne part des adolescents dotés d'une bonne résilience, leur permettant d'affronter leurs problèmes, ainsi que de bonnes personnes ressources pour affronter le quotidien.

La problématique est cette part d'adolescents qui va mal, présente des troubles psycho-sociaux, n'a pas forcément les bonnes personnes ressources dans son entourage, et n'arrive pas à en parler.

L'attention du médecin généraliste est alors primordiale dans le repérage des signes de mal-être pas toujours faciles à dissocier d'un comportement normal d'adolescent. Le stress, le mal-être, la dépressivité sont des facteurs de risque des conduites à risque et de passage à l'acte suicidaire, mais connaître les facteurs protecteurs est aussi utile (personnes ressource, résilience) toute comme la connaissance des réseaux spécialisés disponible en ville ou à l'hôpital (maison des adolescents, CMP et CMPP, psychologues, pédopsychiatres).

Dans la suite de notre enquête, il aurait été intéressant de pouvoir déterminer si le collège privé Sainte-Thérèse qui fonctionne sans notes améliore la qualité et le bien-être de ses élèves, et aussi d'interroger les élèves sur leur connaissances des structures et personnes disponibles pour les écouter en cas de problème. Le développement d'applications smartphone et pages internet, de forums de soutien est d'ailleurs en plein essor vu les nouveaux comportements des adolescents collés à leur écrans et réseaux sociaux.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 Avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : LIOZOU Fabienne

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre : Etude de la qualité de vie et du bien-être de adolescents en classe de 3^e de Rennes : intérêt du dépistage du mal-être des adolescents dans la prévention de conduites à risque.

Rennes, le 26/04/2018


Le Directeur de thèse

Rennes, le 27/04/18


Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

30 AVR. 2018

Le Président de l'Université
de Rennes1




D. ALIS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Mouren-Simeoni M.-C., Klein R.-G. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions. Paris : Expansion scientifique française ; 1997 : 350p.
- (2) Adolescents en France : le grand malaise. UNICEF France (Fonds des Nations unies pour l'enfance). 2014. Disponible sur : <https://www.unicef.fr/article/consultation-nationale-des-6-18-ans-ecoutons-ce-que-les-enfants-ont-nous-dire>
- (3) ORS Bretagne, Observatoire Régionale de la Santé. La santé des jeunes scolarisés en Bretagne, conditions de vie. Juillet 2008.
- (4) ONS, Observatoire National du Suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3è rapport. 2018. Disponible sur <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
- (5) Letty E, Maguet J, Gestin Y, Le Floch PY, Lemey C, Sarni N. Alcolado: état des lieux de la consommation d'alcool chez les 15-17 ans et pistes pour la prévention. Mémoire. Faculté de Médecine de Brest ;2010.
- (6) ORS d'Ile-de-France, Observatoire régional de la santé. Jeunes en Ile-de-France : activités physiques, surpoids et conduites à risques. Exploitation régionale du baromètre santé 2005. Mars 2007.
- (7) Decloquement C. Le dépistage des adolescents à risque en médecine générale. Thèse de médecine générale. Faculté de médecine Université Paris Diderot – Paris 7; 2011 :97p
- (8) DEPP, Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance. Repères & références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche. 2014. Disponible sur : www.education.gouv.fr/statistiques/rers édition 2014
- (9) Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. 2è édition. Paris : Masson ; 2005 : 453p.
- (10) Braconnier A, Marcelli D. Adolescence et psychopathologie. 6è édition. Paris : Masson ; Collection les âges de la vie ;2004 :628p.
- (11) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, direction de la santé publique. L'examen médical préventif chez les adolescents. Intervenir selon leur profil de risques. Prévention en Pratique médicale, février 2005 :6p
- (12) Willoughby C, King G, Polatajko H. A therapist's guide to children's self-esteem. The American Journal of Occupational Therapy. 1996;5 :124-32
- (13) Aro H. Risk and protective factors in depression: a developmental perspective. Acta Psychiatr Scand 1994, 377:59-64
- (14) Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. Personality Soc Psycho 1995, 719-727
- (15) HAS, Haute Autorité de Santé. Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? Décembre 2014. Disponible sur : [http://www.has-](http://www.has-sante.fr)

- sante.fr/portail/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge
- (16) Armengau A, Berthelot A, Faoucher M, Pouedras M, Grehal C, Gueguen C. La qualité de vie et le bien-être des adolescents en classe de 3^e de l'agglomération rennais, Mémoire dans le cadre de l'option « Rôle du médecin généraliste dans la prévention », Faculté de Médecine Rennes, 2013
- (17) Zigmond A.S, Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370. Traduction française : J.F. Lépine
- (18) Gandek B, Ware JE, Aaronson NK. Et al. (1998). Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries : results from the IQOLA Project International Quality of Life Assessment. *J. Clin Epidemiol*, 51 (11):1171-78.
- (19) Maintier C, Alaphilippe D. Validation d'un questionnaire d'auto-évaluation de Soi destiné aux enfants. *L'année psychologique*. 2006 ; 106(4) :513-542
- (20) Vallières EF, Vallerand RJ. Traduction et validation canadienne de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *Journal International de Psychologie*. 1990 ; 25:305-316
- (21) ORS Bretagne, Observatoire Régional de Santé de Bretagne. La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Qualité de vie ; décembre 2008. Disponible sur : http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2008/06/la-sant%C3%A9-des-jeunes-scolaris%C3%A9s-en-bretagne-en-2007-qualit%C3%A9-de-vie-d%C3%A9cembre-2008-1.html
- (22) Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes. *Analyses du Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2013, 344p.
- (23) Jousset C, Cosquer M, Hassler C. INSERM. Portraits d'adolescents – Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Disponible sur : <http://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescents-mars-2015-1.pdf>
- (24) Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale. Première partie. L'adolescent, cet inconnu. *Exercer* 2018 ;141 :122-32
- (25) André C. L'estime de soi au quotidien. *Les grands dossiers des Sciences Humaines* 2013; 132 :66-71. Disponible sur https://www.scienceshumaines.com/l-estime-de-soi-au-quotidien_fr_31239.html
- (26) Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and life-Threatening Behaviour*. 1999 ;29(1) :37-47
- (27) Corcos M, Lamas C. Dépression à l'adolescence. *Médecine*. 2007 ;3(3) :114-7
- (28) Binder P. Outils diagnostiques en médecine générale. *Rev Prat* 2015 ; 27 :646
- (29) Piot MA, Van Effenterre A, Corcos M. Dépression de l'enfant et de l'adolescent. *Rev Prat Med Gen*. 2015; 27:644-645
- (30) HAS Haute Autorité de santé, La dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge? – Service presse, 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge
- (31) INPES, ENTRE NOUS, Comment initier et mettre en œuvre une démarche d'éducation pour la

santé avec un adolescent ? Guide d'intervention pour les professionnels de santé

(32) Martunnen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnquist JK. Mental disorders in adolescent suicide : DSM-III-R axes I et II. Diagnosis in suicide among 13 to 19 years old in Finland. Arch Gen Psychiatry 1991 ;48(9) :834-9

(33) ONS Observatoire national du suicide 3^{ème} rapport ; 2018. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons>

(34) Baromètre Bien-être des adolescents. Fondation Pfizer/Ipsos Santé ; 2015. Disponible sur : http://www.fondation-pfizer.org/Portals/0/Forum_ado/2013/IpsosSyntheseForumAdolescences2013.pdf

(35) ORS Bretagne, Observatoire Régional de Santé de Bretagne. La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Principaux constats ; décembre 2008. Disponible sur : http://orsbretagne.typepad.fr/files/juil_08_sante_jeunes-1.pdf

(36) M Choquet. Place de la consultation médicale ou paramédicale dans l'écoute des jeunes. In :A Braconnier, C Chiland, M Choquet.Traiter à l'adolescence, l'adolescent : un patient pas comme les autres. Ouvertures psy. Paris : Editions Masson ; 2002 :11-21

(37) OCDE Organisation de coordination et de développement économiques. Principaux résultats de l'enquête Pisa (Programme International pour le Suivi des Acquis des élèves) 2012 : ce que les élèves de 15 ans savent et ce qu'ils peuvent faire avec ce qu'ils savent. Disponible sur : <https://www.oecd.org/pisa/keyfindings/pisa-2012-results-overview-FR.pdf>

(38) Pacoricona Alfaro DL, 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. Saint-Maurice : Santé Publique France, 2016 : 6p

(39) Conseil économique social et environnemental. Pour des élèves en meilleure santé ; 2018. Disponible sur : <http://www.lecese.fr/content/le-cese-adopte-son-avis-pour-des-eleves-en-meilleure-sante>

(40) Ministère de l'éducation nationale, direction générale de l'enseignement scolaire. Une école bienveillante face aux situations de mal-être des élèves. Guide à l'attention des équipes éducatives des collèges et des lycées ; 2014. Disponible sur : <http://eduscol.education.fr/cid78875/guide-une-ecole-bienveillante-face-aux-situations-de-mal-etre-des-eleves.html>

(41) Brison JL, Moro MR. Mission bien-être et santé des jeunes ; 2018. Disponible sur http://www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Mission_Bien-etre_et_sante_des_jeunes_Partie_1.pdf

(42) Bélanger I, Bouthillier D, Dubé M, Hamelin M, Julien D, Lebeau E. Climat familial et réseau d'amis chez les adolescentes. Enfance 2004 ; 2(56) :187-203

(43) Delage M. L'attachement à l'adolescence, applications thérapeutiques. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2008 ;1(40) :79-97

(44) Séminaire international francophone. Approche par les pairs et santé des adolescents. Fondation de France : Editions CFES ; 1996 :221p

(45) Leon C, Du Roscoät E, Ehlinger V, Godeau E. La santé des collégiens en France/2014. Données

françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged children HBSC. Relations familiales et relations avec les pairs. Saint-Maurice : Santé Publique France, 2016 : 6p

(46) Reuter M. Resilience in the face of adversity : protective factors and resistance to psychiatric disorders. *Br J Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990 ; 29(5) :773-81

(47) Olsson CA, Bond L, Burns JM, Vella-Rodrick DA, Sawyer SM. Adolescent resilience : a concept analysis. *J Adolesc*. 2003;26 :1-11

(48) HCSP (Haut Comité de la Santé Publique). La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. *Adsp* n°30 Mars 2000 ; p4-5.

(49) HAS (Haute autorité de santé). Manifestations dépressives à l'adolescence. Repérage, diagnostic et stratégie en soins de premier recours. Recommandations de bonnes pratiques Novembre 2014.

(50) Cannard C. Le développement de l'adolescent. L'adolescent à la recherche de son identité. 2^e édition. Bruxelles :De Boeck ;2015 :456p

(51) Gore S. The effect of social support in moderating, the health consequences of unemployment. *Journal of Health and social Behaviour*. 1978 ; 19 : 157-165

(52) Sordes-Ader F, Esparbès-Pistre S, Tap P. Adaptation et stratégie de coping à l'adolescence. *SPIRALE revue de recherche en éducation*. 1997 ; 20 : 131-154

(53) Choquet M, Marcelli D, Ledoux S. Les comportements à risque des adolescents : approche clinique et épidémiologique. INSERM. 1993

(54) Spilka S, Le Nezet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. *Tendances* 2018 ;123 :8p. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018/>

(55) Kovess V, Choppin S, Gao F, Pivette M, HuskyM, Leray E. Psychotropic Medication use in french children and adolescents. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015 ; 25 :168-75

(56) 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 : 6p

(57) Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usages de drogues à l'adolescence. *Tendances*, OFDT Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. 2017; n°122. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxi0y1.pdf>

(58) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

(59) Loi EVIN du 10 janvier 1991. Disponible sur <https://www.gouvernement.fr/partage/8766-10-janvier-1991-promulgation-de-la-loi-relative-a-la-lutte-contre-le-tabagisme-et-l-alcoolisme-dite>

(60) Boléis A, Bleunven P, Guilloïque M, Kerdat V, Rosec T. Place du médecin généraliste dans la prévention et le dépistage du phénomène « Binge drinking » : enquête auprès des lycéens de terminale de la région brestoise. *Mémoire de médecine générale. Faculté de médecine Brest* ; 2013 :10p

- (61) ORS Bretagne, Observatoire Régional De Santé de Bretagne. La santé des jeunes scolarisés en Bretagne. Comportements alimentaires ; décembre 2008. Disponible sur : http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/2008/09/la-sant-des-j-5.html
- (62) Dumont M, Leclerc D, Massé L, Potvin P, McKinnon S. Programme de gestion du stress des adolescents comme levier de résilience. In : Nader-Grosbois N. Résilience, régulation et qualité de vie. Concepts, évaluation et intervention. UCL Presses Universitaires de Louvain ; 2009 :p301-6
- (63) Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal study on adolescent health. JAMA.1997 ;278(10) :823-32
- (64) Binder P, Heintz AL, Servant C, Roux MT, Robin S, Gicquel L, Ingrand P. Dépister les adolescents à risque de suicide en soins premiers : le BITS test, une étude pilote réalisée en population générale. Revue Exercer 2017;131:108-9
- (65) HPST Haut Conseil pour la Santé Publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Rapport de février 2000. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=55>
- (66) Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, direction de la santé publique. L'examen médical préventif chez les adolescents. Intervenir selon leur profil de risque. Prévention en pratique médicale, février 2015 :6p
- (67) Choquet M. Place de la consultation médicale ou paramédicale dans l'écoute des jeunes. In :A Braconnier, C Chiland, M Choquet.Traiter à l'adolescence, l'adolescent : un patient pas comme les autres. Ouvertures psy. Paris : Editions Masson ; 2002 :11-21
- (68) Tudrej BV, Heintz AL, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. what do troubled adolescents expect from their GPs ? Eur J Gen Pract 2016 ;3:1-8
- (69) Auvray L, Le Fur P. Adolescents : Etats de santé et recours aux soins. Questions d'économie de santé. CREDES Centre régional d'études et de documentations économiques et sociales. 2002 ;49.
- (70) Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B, The adolescent Depression Rating Scale (ADRS) : a validation study. BMC Psychiatry 2007 ;7 :2
- (71) Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale, 2^{ème} partie : évaluer, accompagner. Exercer 2018 ;142 :169-81
- (72) Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale. Rev Prat. 2005 ;55:1073-7
- (73) Boulestreau-Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste .Thèse de médecine générale. Faculté de médecine de Nantes;2009,64
- (74) World Health Organization (WHO). Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school.Geneve:WHO, 2003 :88 p
- (75) Comité interministériel pour la santé. Présentation des 25 mesures phares de la politique de prévention. Dossier de presse 26 mars 2018. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180326-dossier_de_presse_priorite_prevention.pdf

LISTE DES ILLUSTRATIONS

<u>Figure 1</u> : Processus de sélection des questionnaires interprétés pour la thèse actuelle, en commençant à la sollicitation des collègues.....	p18
<u>Figure 2</u> : Caractéristiques des élèves ayant répondu aux questionnaires interprétables, selon l'âge, le sexe et la présence ou non du consentement des parents/tuteurs légaux.....	p19
<u>Tableau 1</u> : Réponses aux questions portant sur l'anxiété, cotées de 0 à 3 points, 3 points correspondant à une anxiété plus élevée.....	p19
<u>Figure 3</u> : Répartition du volet anxiété selon les 3 classes, en pourcentages.....	p20
<u>Tableau 2</u> : Réponses aux questions portant sur l'état dépressif, cotées de 0 à 3 points, 3 points correspondant à un état dépressif plus marqué.....	p21
<u>Tableau 3</u> : Réponses à l'échelle de Rosenberg, en pourcentages et en nombre de répondants.....	p22
<u>Figure 4</u> : Répartition des différentes classes de l'échelle de Rosenberg, en pourcentages, la Classe 1 étant celle ayant la plus faible estime de soi.....	p23
<u>Figure 5</u> : Répartition des filles et garçons en pourcentage, selon leur degré d'estime de soi.....	p23
<u>Figure 6</u> : Fréquence du stress ressenti par les élèves.....	p24
<u>Tableau 4</u> : Prévalence de chaque cause de stress, selon la hiérarchisation des élèves (la 1 ^{ère} position étant la cause la plus stressante).....	p25
<u>Figure 7</u> : Classement des causes de stress selon les élèves, selon l'occurrence de la réponse, hors hiérarchisation.....	p25
<u>Tableau 5</u> : Prévalence de chaque réponse face au stress, selon la hiérarchisation des élèves (la 1 ^{ère} position correspondait à la stratégie préférée).....	p26
<u>Figure 8</u> : Classement des stratégies des élèves pour faire face au stress, selon l'occurrence de la réponse, hors hiérarchisation.....	p26
<u>Figure 9</u> : Comparaison des moyennes des scores PCS et MCS selon le sexe des répondants.....	p28
<u>Figure 10</u> : Comparaison des moyennes des scores de qualité de vie physique (PCS) et mental et social (MCS) selon l'âge des répondants.....	p28
<u>Figure 11</u> : Réponses des adolescents sur leur façon de communiquer à propos de leur stress ou pas, les raisons de ne pas le faire.....	p29
<u>Figure 12</u> : Personnes à qui les adolescents parlent de leur stress, classés par ordre d'importance.....	p30
<u>Figure 13</u> : Personnes à qui les adolescents parlent le plus de leur stress, réponses cochées au total sans ordre d'importance, en nombre de répondants.....	p30
<u>Figure 14</u> : Raisons évoquées par les adolescents pour ne pas parler de leur stress avec quelqu'un, classés par ordre d'importance	p30
<u>Figure 15</u> : Raisons évoquées par les adolescents pour ne pas parler du stress, par ordre de grandeur.....	p31
<u>Figure 16</u> : Répartition des adolescents souhaitant ou non parler de leur stress avec leur médecin généraliste, en fonction du sexe.....	p32

ANNEXES

Annexe 1 Questionnaires envoyés aux élèves de 3^e



NOTE D'INFORMATION AUX PARENTS OU REPRÉSENTANT LÉGAL

Coordinateur de la recherche : Sandrine Hugé

Adresse: Département de médecine générale, Faculté de Médecine de Rennes, 2, avenue Pr Léon Bernard 35043 Rennes cédex

Madame, Monsieur,

Votre enfant a été invité à participer à une étude menée par le Département Universitaire de Médecine Générale de Rennes, qui en assume la responsabilité et l'organisation. S'il participe à cette étude, il vous faudra signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer.

1- Procédure de l'étude

Il s'agit d'un questionnaire sur le bien être des adolescents, afin de mieux les connaître ainsi que certains facteurs de stress et d'améliorer la prévention. Il est strictement anonyme, et il sera impossible à quiconque de vous identifier ou reconnaître.

2- Risques et bénéfices potentiels de l'étude

Il n'y a aucun risque associé à la participation à cette étude, ni bénéfice potentiel à en attendre.

3- Participation volontaire

La participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude, ou de mettre fin à cette participation à n'importe quel moment, sans avoir à vous justifier, et sans craindre aucune conséquence.

4- Obtenir des informations complémentaires

Si vous avez besoin d'aide, ou des questions concernant l'étude, n'hésitez pas à faire appel à Sandrine Hugé, par mail ou téléphone. Sandrine.huge@univ-rennes1.fr, 02 23 23 49 68
A la fin de l'étude, si vous le désirez, nous vous ferons part des résultats obtenus.

5- Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche à laquelle le DMG de Rennes et l'équipe du Dr Hugé se proposent de participer, les questionnaires feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel. Ces données peuvent aussi, sous couvert de confidentialité, être communiquées aux autorités de santé nationales ou européennes.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès et modifier vos données à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel.

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement. Gardez-en une copie.

Faculté de Médecine
Département de Médecine Générale
2 Av. du Pr. Léon Bernard
CS 34317
35043 RENNES CEDEX
www.univ-rennes1.fr

TÉL. 02 23 23 49 68
FAX 02 23 23 49 75
secretariat.medecine-generale@univ-rennes1.fr





Formulaire de consentement

Promoteur : Département Universitaire de Médecine Générale – 2 avenue Pr Léon Bernard
35043 Rennes cédex

M ou Mme

Nom de l'investigateur : Sandrine Hugé, département de médecine générale, 2 avenue Pr Léon Bernard 35043 Rennes cédex

A demandé à mon enfant de remplir un questionnaire sur son bien être et qualité de vie.

J'ai eu le temps de réfléchir avant d'accepter sa participation à cette étude. J'ai conscience que sa participation est totalement volontaire et que l'étude ne me coûtera rien.

Je peux, à n'importe quel moment, décider de le retirer de l'étude, sans avoir à me justifier, et sans aucune conséquence.

J'ai compris que les données collectées pendant la recherche sont protégées du sceau de la confidentialité. Seules peuvent y avoir accès des personnes assujetties au secret professionnel, appartenant à l'équipe menant la recherche, et mandatées par son promoteur.

J'accepte l'intégration informatisée de mes données personnelles (sexe et année de naissance), en accord avec la loi assurant la protection de celles-ci. J'ai été informé(e) de mon droit d'accès et de rectification de mes données personnelles.

Mon consentement ne relève en aucun cas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je prends acte des droits que la Loi me garantit.

Fait en un exemplaire original

À ...Rennes, le ...

Nom et prénom de l'investigateur:

Nom et prénom du répondant:

Sandrine Hugé

Signature:

Faculté de Médecine
Département de Médecine Générale
2 Av. du Pr. Léon Bernard
CS 34317
35043 RENNES CEDEX
www.univ-rennes1.fr

TÉL. 02 23 23 49 68
FAX 02 23 23 49 75
secretariat.medecine-generale@univ-rennes1.fr



N°

QUESTIONNAIRE ÉLÈVES 3^{ème}

Code collège .

Avec l'accord de vos parents, vous avez accepté de répondre à ce questionnaire, et nous vous en remercions. Il est complètement anonyme, c'est à dire que vous ne pouvez pas être identifié ou reconnu. Les résultats du questionnaire ne seront lus et analysés que par les étudiants qui réalisent cette étude et leur professeur responsable (le Dr Hugé)

Les questions qui suivent portent sur votre santé et votre bien être, tels que vous les ressentez. Ces informations nous permettent de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours.

Veillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit avant tout être personnelle. Ce n'est pas une interro !

Ma santé et ma qualité de vie

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

- 1- Excellente 2- Très bonne 3- Bonne 4- Médiocre 5- Mauvais

2. Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel.

Oui, beaucoup gêné (1), oui un peu gêné (2), non pas du tout gêné (3)

- a. efforts physiques modérés comme déplacer une table, passer aspirateur... -1- -2- -3-
b. monter plusieurs étages par l'escalier -1- -2- -3-

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, en raison de votre état physique (santé) :

- a. avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? OUI NON
b. avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? OUI NON

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- a. avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? OUI NON
b. avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ? OUI NON

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, est ce que des douleurs physiques vous ont gêné au collège ou à la maison ?

- 1- Pas du tout 2- Un petit peu 3- Moyennement 4- Beaucoup 5- Enormément

6. Au cours de ces 4 dernières semaines y a t'il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

- 1- Tout le temps 2- Une bonne partie du temps 3- De temps en temps 4- Rarement 5- Jamais

7. Pour chaque question suivante (a à c), indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée :

En permanence (1), très souvent (2), souvent(3), quelquefois (4), rarement(5), jamais (6)

Au cours de ces 4 dernières semaines, y a t'il eu des moments où :

- a. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? -1- -2- -3- -4- -5- -6-
b. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ? -1- -2- -3- -4- -5- -6-
c. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? -1- -2- -3- -4- -5- -6-

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

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

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

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

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

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

7. J'éprouve des sensations soudaines de panique

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

8. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois (l'an dernier par exemple)

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

9. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

0- Autant qu'avant 1- Plus autant qu'avant 2- Vraiment moins qu'avant 3- Plus du tout

10. Je suis de bonne humeur

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

11. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

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

12. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

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

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

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

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

0- Souvent 1- Parfois 2- Rarement 3- Très rarement ou jamais

15. Vous sentez- vous stressé (e) ?

0- Jamais 1- Parfois 2- Souvent 3- Très souvent 4- Toujours

16. Qu'est-ce qui vous stresse le plus en ce moment? (**ne répondez pas si réponse 0 à la question 15**)
Numérotez 1 ce qui stresse le plus, jusqu'à 4 (ou 5 si autres) ce qui stresse le moins. Vous pouvez rayer ce qui ne vous a jamais stressé

- Mes résultats scolaires
- Mes relations avec mes amis / mes amours
- Autres (préciser) :
- L'ambiance dans la classe / au collège
- L'ambiance à la maison

17. Que faites-vous quand vous vous sentez stressé (e) ? (**ne répondez pas si réponse 0 à la question 15**)
Numérotez 1 ce que vous faites le plus ou ce qui est le plus important pour vous, jusqu'à 6 (ou 7 si autres) ce que vous faites le moins souvent. Vous pouvez rayer ce que vous n'avez jamais fait

- Je sors avec mes amis
- Je m'isole
- Je fais du sport
- J'en parle avec mes amis (facebook, twitter, sms)
- Je consomme du tabac/alcool/cannabis
- Je prends des médicaments pour me calmer
- Autres (préciser) : ...

18. Si vous vous sentez stressé(e), en avez-vous déjà parlé à quelqu'un ?

- Oui
- Non

19. Si oui, à qui ? (**ne répondez pas si réponse non à la question 18**)
Numérotez 1 la personne à qui vous parlez le plus souvent, jusqu'à 6 (ou 7 si autres) celles à qui vous parlez le moins. Vous pouvez rayer les personnes à qui vous n'avez jamais parlé de votre stress

- Mes parents
- D'autres membres de ma famille
- Mes amis
- Autre (précisez)
- Mon médecin
- L'infirmière du collège
- Mon (mes) professeur(s)

20. Si vous n'en avez jamais parlé à quelqu'un pourquoi ? (**ne répondez pas si réponse oui à question 18**)
Numérotez 1 la raison principale, jusqu'à 6 (ou 7 si autres) celles qui sont moins importantes. Vous pouvez rayer les raisons qui ne vous concernent pas

- Je n'ai personne à qui en parler
- J'ai honte d'en parler : peur qu'on se moque
- J'ai essayé mais on ne m'écoute pas
- Autres (précisez)
- Je préfère gérer mon stress moi-même
- Je ne sais pas comment aborder le sujet
- J'attends qu'on me demande comment je vais

21. Souhaiteriez-vous que votre médecin aborde ce sujet avec vous?

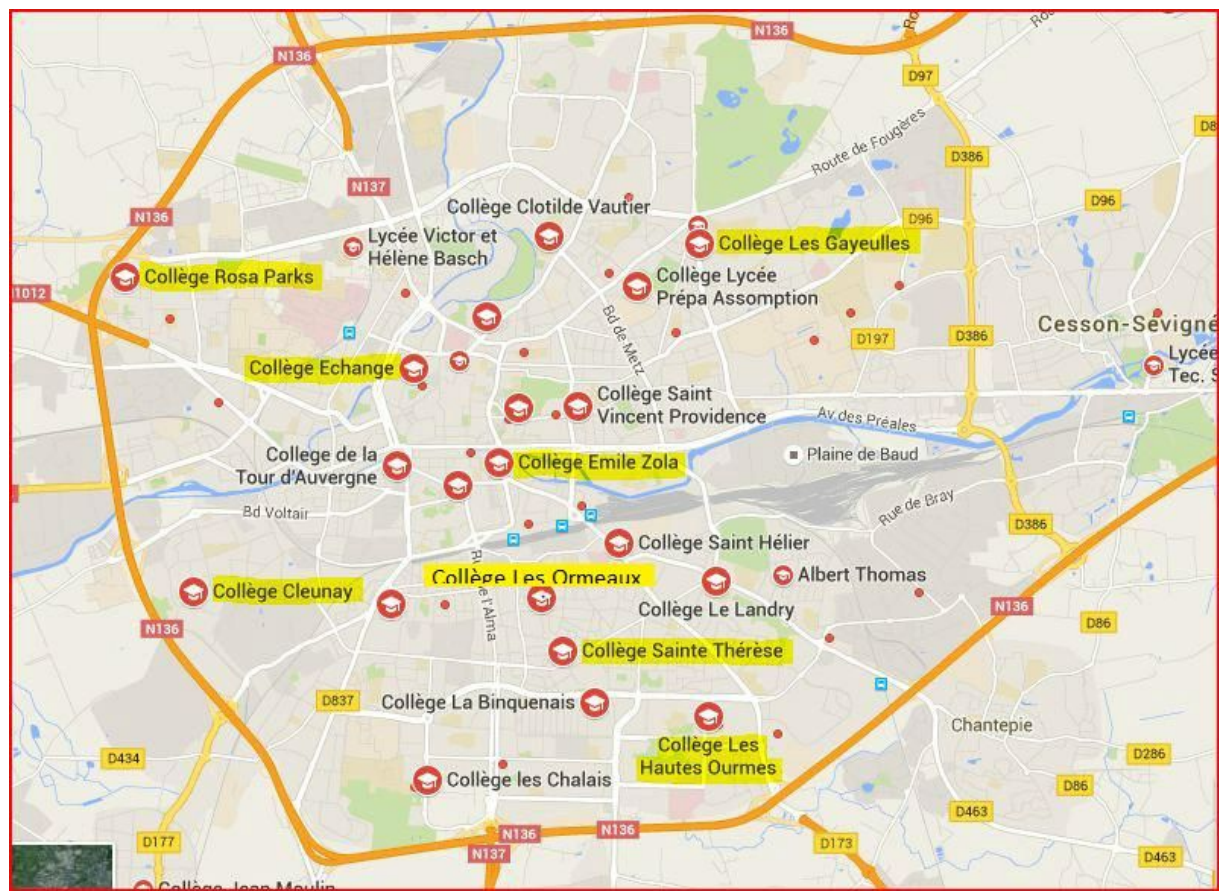
- Oui
- Non

Voilà, c'est fini ! un grand merci à vous ! Vous recevrez la synthèse de l'étude pour les élèves rennais de 3eme. Avant de partir, juste deux questions pour nous aider dans nos résultats :

Vous êtes : une fille un garçon

Année de naissance : _____

Annexe 2 Carte des collèges de Rennes



Annexe 3 L'échelle d'anxiété et de dépression « HAD »

L'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) se compose de sept questions (par échelle) auxquelles un score de 0 à 3 est attribué selon la sévérité du symptôme. Le patient doit entourer la réponse qui s'adapte le mieux à son état pour la semaine passée, une réponse qui doit être rapide et peu réfléchi. L'addition des scores de chaque échelle, Anxiété (questions impaires) et Dépression (questions paires), donne un résultat global pour chaque sous-score entre 0 et 21 dont l'interprétation vaut pour chaque échelle.

Si des scores francs ne posent aucune difficulté particulière d'interprétation (absence de troubles anxieux et dépressifs entre 0 et 7 et troubles anxieux et dépressifs avérés au-delà de 11), un total entre 8 et 10 signes, en revanche, un état anxieux ou dépressif douteux, nécessitant des investigations supplémentaires.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, entourez la réponse qui vous correspond le plus :

- 1- Je me sens tendu ou énervé
0- Jamais 1- De temps en temps 2- Souvent 3- La plupart du temps
- 2- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
0- Pas du tout 1- Un peu mais cela ne m'inquiète pas 2- Oui, mais ce n'est pas trop grave 3- Oui, très nettement
- 3- Je me fais du souci
0- Très occasionnellement 1- Occasionnellement 2- assez souvent 3- Très souvent
- 4- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
0- Oui, quoiqu'il arrive 1- Oui, en général 2- Rarement 3- Jamais
- 5- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
0- Jamais 1- Parfois 2- Assez souvent 3- Très souvent
- 6- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
0- Pas du tout 1- Pas tellement 2- Un peu 3- Oui, c'est tout à fait le cas
- 7- J'éprouve des sensations soudaines de panique
0- Jamais 1- Pas très souvent 2- Assez souvent 3- Vraiment très souvent
- 8- Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois (l'an dernier par exemple)
0- Oui, tout autant 1- Pas autant 2- Un peu seulement 3- Presque plus
- 9- Je ris facilement et vois le bon côté des choses
0- Autant qu'avant 1- Plus autant qu'avant 2- Vraiment moins qu'avant 3- Plus du tout
- 10- Je suis de bonne humeur
0- La plupart du temps 1- Assez souvent 2- Rarement 3- Jamais
- 11- J'ai l'impression de fonctionner au ralenti
0- Jamais 1- Parfois 2- Très souvent 3- Presque toujours

12- Je ne m'intéresse plus à mon apparence

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

13- Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses

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

14- Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision

0- Souvent 1- Parfois 2- Rarement 3- Très rarement ou jamais

Annexe 4 Le SF12, échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie

Instructions : Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation.

1) Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Médiocre 5. Mauvaise

2) Voici une liste d'activités que vous pouvez avoir à faire dans votre vie de tous les jours. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes gêné(e) en raison de votre état de santé actuel : (Oui, beaucoup gêné(1), oui, un peu gêné(2), non pas du tout gêné(3))

a. efforts physiques modérés comme déplacer une table, passer l'aspirateur : -1- -2- -3-

b. monter plusieurs étages par l'escalier : -1- -2- -3-

3) Au cours des 4 dernières semaines, en raison de votre état physique (santé) :

a. avez-vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? OUI NON

b. Avez-vous dû arrêter de faire certaines choses ? OUI NON

4) Au cours de ces 4 dernières semaines, en raison de votre état émotionnel (vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

a. avez- vous fait moins de choses que ce que vous auriez souhaité ? OUI NON

b. Avez- vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention ?

OUI NON

5) Au cours de ces 4 dernières semaines, est-ce que des douleurs physiques vous ont gêné au collège ou à la maison ?

1. Pas du tout 2. Un petit peu 3. Moyennement 4. Beaucoup 5. Enormément

6) Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé, physique ou émotionnel, vous a gêné dans votre vie ou vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

1. Tout le temps 2. Une bonne partie du temps 3. De temps en temps 4. Rarement 5. Jamais

7) Pour les questions suivantes, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

(1) En permanence (2) Très souvent (3) souvent (4) Quelquefois (5) Rarement (6) Jamais

Au cours des 4 dernières semaines y a-t-il eu des moments où :

a. vous vous êtes senti(e) calme et détendu(e) ? -1- -2- -3- -4- -5- -6-

b. vous vous êtes senti(e) débordant(e) d'énergie ? -1- -2- -3- -4- -5- -6-

c. vous vous êtes senti(e) triste et abattu(e) ? -1- -2- -3- -4- -5- -6-

Calcul des scores SF12 :

Il faut convertir chaque réponse aux 12 items en valeurs standardisées pour le score mental et social et pour le score physique.

Ensuite il faut additionner les 12 valeurs standardisées obtenues pour le score mental et social et ajouter 60,75781 pour obtenir le score de qualité de vie mental et social (compris entre 5,89058 et 71,96825).

Puis de même pour les 12 valeurs standardisées obtenues pour le score physique en ajoutant 56,57706 pour obtenir le score de qualité de vie physique (compris entre 9,94738 et 70,02246).

Ces deux scores ont été construits de façon que la moyenne en population générale soit de 50.

Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée		Question n°	Réponse donnée	Valeur standardisée	
		Score physique	Score mental et social			Score physique	Score mental et social
1	1	0	0	6	1	-0,33682	-6,29724
	2	-1,31872	-0,06064		2	-0,94342	-8,26066
	3	-3,02396	0,03482		3	-0,18043	-5,63286
	4	-5,56461	-0,16891		4	-0,11038	-3,13896
	5	-8,37399	-1,71175		5	0	0
2a	1	-7,23216	3,93115	7a	1	0	0
	2	-3,45555	1,86840		2	0,66514	-1,94949
	3	0	0		3	1,36689	-4,09842
2b	1	-6,24397	2,68282		4	2,37241	-6,31121
	2	-2,73557	1,43103		5	2,90426	-7,92717
	3	0	0		6	3,46638	-10,19085
3a	1	-4,61617	1,44060	7b	1	0	0
	2	0	0		2	-0,42251	-0,92057
3b	1	-5,51747	1,66968		3	-1,14387	-1,65178
	2	0	0		4	-1,61850	-3,29805
4a	1	3,04365	-6,82672		5	-2,02168	-4,88962
	2	0	0		6	-2,44706	-6,02409
4b	1	2,32091	-5,69921	7c	1	4,61446	-16,15395
	2	0	0		2	3,41593	-10,77911
5	1	0	0		3	2,34247	-8,09914
	2	-3,83130	0,90384		4	1,28044	-4,59055
	3	-6,50522	1,49384		5	0,41188	-1,95934
	4	-8,38063	1,76691		6	0	0
	5	-11,25544	1,48619				

Annexe 5 Echelle d'estime de soi de Rosenberg

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

(1) Complètement pas d'accord (2) Plutôt pas d'accord (3) Plutôt d'accord (4) Tout à fait d'accord

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

Pour évaluer son estime de soi :

Il faut additionner les scores des questions 1,2, 4, 6 et 7. Pour les questions 3 ,5 ,8 ,9 et 10, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si le chiffre 1 est entouré, 3 si c'est le 2, 2 si c'est le 3 et 1 pour le 4.

Avec la somme de tous les points on obtient alors un score entre 10 et 40. L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme :

- Classe 1 - Score inférieur à 25 : l'estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.
- Classe 2- Score entre 25 et 31 : l'estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.
- Classe 3- Score entre 31 et 34 : l'estime de soi est dans la moyenne.
- Classe 4- Score compris entre 34 et 39 : l'estime de soi est forte.
- Classe 5 - Score supérieur à 39 : l'estime de soi est très forte, vous avez tendance à être fortement affirmé.

LIORZOU, FABIENNE. Etude de la qualité de vie et du bien-être des adolescents en classe de 3ème de Rennes : intérêt du dépistage du mal-être des adolescents dans la prévention des conduites à risque.

74 feuilles, 21 illustrations, 16 figures, 5 tableaux, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2018 ; N° .

Résumé français

Les pratiques de binge drinking et alcoolisations répétées se généralisent chez les adolescents, et les chiffres de suicide des jeunes sont alarmants. L'objectif principal est d'évaluer la qualité de vie et le bien-être des adolescents de 3^{ème} sur Rennes, pour évaluer les répercussions du stress sur leur qualité de vie, leur façon d'y répondre, et enfin de déterminer la place du médecin généraliste dans le dépistage et la prévention des conduites à risque.

Méthode: Nous avons réalisé une enquête quantitative à base d'auto-questionnaire portant sur la qualité de vie, le stress, ses causes et les stratégies de gestion du stress, pour les adolescents en classe de 3^{ème} sur Rennes.

Résultats : Globalement les élèves en classe de 3^{ème} ont une bonne qualité de vie, mais quand ils détaillent leurs problèmes, les troubles psycho-sociaux apparaissent. La scolarité et les relations amicales et familiales sont leurs principales causes de stress, mais aussi leurs premiers recours pour y faire face. Très peu d'adolescents ont recours aux substances psycho-actives dans un but anxiolytique. L'absence de personne ressource est un facteur de risque des conduites à risque, et peu d'élèves veulent en parler au médecin généraliste ou au personnel scolaire.

Conclusion : Améliorer la connaissance des adolescents sur les compétences du généraliste semble nécessaire pour tisser une relation de confiance médecin-patient. Le dialogue, l'apprentissage des émotions par l'adolescent, la connaissance des réseaux d'aide et surtout de personnes ressources à l'école et dans des lieux non médicalisés, ainsi que leur développement grâce aux politiques ministérielles pourront permettre aux adolescents de mieux gérer le stress et réduire les conduites à risque et consommation de substances psycho-actives.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Médecine générale, qualité de vie, adolescence, mal-être, troubles psycho-sociaux, relation médecin généraliste-adolescent

Mots-clés anglais MeSH : General practice, quality of life, adolescence, malaise, psycho-social disorders, general practice-adolescent relationship

JURY :
 Président : Madame le Professeur GANDEMER Virginie
 Assesseurs : Monsieur le Professeur VIEL Jean-François
 Monsieur le Professeur MENER Eric
 Madame le Docteur HUGE-LAFAYE Sandrine