

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA

*Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département : Des Sciences Sociales*

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique

Thème

*L'impact de la dépression sur l'échec scolaire chez les
adolescents*

Etude clinique de huit (08) cas réalisé au niveau de CEM Chouhada Warrouf de Béjaïa

Réaliser par :

M^{elle} : DEHIM Ahlem

M^{elle} : DJAFFRI Rym

Encadré par :

M^{me} : BOUHOUI Nadia

Année universitaire : 2014-2015

Remerciement

Nous remercierons dieu le tout puissant de nous avoir accordé santé et courage pour accomplir ce travail.

Nous tenons à remercier notre promotrice m^{me} BOUHOUI Nadia, enseignante à l'université de Bejaia, pour nous avoir suivie durant la réalisation de ce modeste travail, les conseils qu'elle nous a prodigué, pour la confiance qu'elle nous a accordé, sans oublier. M^{me} Douakhe Alima pour sa disponibilité et la patience dont elle a fait preuve, et qui nous a été d'un apport précieux pour l'accomplissement de ce travail.

Nous profitons de ces quelques lignes pour remercier toutes les personnes qui nous ont aidés, de près ou de loin, pour réaliser ce travail de fin d'études.

On remercie tous les enseignants de département sciences sociales pour leurs contributions dans notre formation.

Nous souhaitons à remercier également le personnel du CEM Chouhada Warrouf qui nous a accueillis pour le temps qu'ils nous ont consacré, sans oublier surtout M^{me} ABID Yasmin qui nous prête main forte du début de l'entretien et sa gentillesse, ainsi que l'ensemble des adolescents qui ont accepté de participer à cette étude.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

À mes très chers parents qui m'ont aidé énormément, surtout ma mère qui n'a pas cessé de me soutenir et m'encourager, durant tout le cursus scolaire, que dieu vous accorde une bonne santé et vous garde pour nous.

À mes chers frères : Abd alhadi, Housseem, Houssine, Abd arrahmen.

À ma chère sœur : Kenza

À tous mes oncles, tantes, cousines, cousins.

À ma binôme : DJAFFRI Rym.

Sans oublier toutes mes amies.

À tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce travail.

Encore Merci.

AHLEM

Dédicace

Je dédie ce modeste travail :

*À mes très chers parents qui m'ont toujours soutenu et aidé pendant tous
mon cursus scolaire, que dieu vous accorde une bonne sante et vous
garde pour moi.*

À mes grands parents : maternelles et paternels.

À mes chères oncles et tantes.

À mes cousins et cousines.

À ma binôme : DEHIM Ahlem.

*Ainsi à tous mes amis et tous ceux qui j'éprouve amour et
respect.*

Rym

Sommaire

<i>Introduction</i>	01
---------------------------	----

Chapitre 1 : le cadre générale de la recherche

1. Problématique	06
2. Hypothèse.....	11
3. Définition des concepts clés.....	12
4. Le cadre référentiel de l'étude	13
5. Les objectifs de l'étude	13

PARTIE THEORIQUE

Chapitre 2 : L'adolescence

Préambule	15
1-L'histoire de l'adolescence	15
2-Définition.....	18
3-La puberté	19
4- Les étapes de l'adolescence	20
5-Identité et identification sexuelle.....	21
6-Les bases théoriques de la compréhension psychanalytique	21
7- Changements physiologiques et leurs implications psychologiques	23
8-Le développement cognitif de l'adolescent	25
9-Le développement affectif et social.....	26
10-Les troubles psychologiques et psychopathologiques de l'adolescent.....	28
11-Les psychothérapies chez l'adolescent.....	31
Conclusion.....	31

Chapitre 3 : La dépression

Préambule-----	33
1-L’histoire de la dépression -----	33
2-Définition de la dépression-----	35
3-Les symptômes de la dépression -----	36
4-Les théories étiopathogénique de la dépression -----	39
5-Le diagnostique de la dépression selon le DSM-IV-TR-----	40
6-Formes cliniques de la dépression chez l’adolescent -----	41
7-Les caractéristiques de la dépression de l’adolescent -----	43
8-Epidémiologie -----	44
9-Évolution -----	45
10-Facteurs de risque de la dépression-----	45
11-La classification des troubles de l’humeur selon le DSM-IV -----	47
12-La prise en charge -----	48
Conclusion-----	52

Chapitre 4 : Echec scolaire

Préambule-----	53
1-L’histoire de l’échec scolaire -----	53
2-Définition de l’échec scolaire-----	55
3-Les différentes approches de l’échec scolaire -----	55
4-L’influence du milieu familial sur les résultats scolaires -----	57
5-Le rôle de l’équipe éducative face aux difficultés des élèves -----	58
6-Echec scolaire et blessure narcissique -----	59
7-La prise en charge des adolescents en échec scolaire -----	60
Conclusion-----	61

PARTIE PRATIQUE

Chapitre 5 : La démarche de l'étude

Préambule-----	64
1-Définitions opérationnels des concepts clés -----	64
2-La pré-enquête-----	65
3-la méthode utilise-----	65
3.1-Etude de cas-----	66
4-Présentation de L'échantillon de la recherche et ses critères -----	67
5-Présentation du lieu de recherche -----	67
6-Outils de l'étude -----	68
6.1-L'entretien clinique -----	68
6.2-L'échelle (MDI-C -----	70
Conclusion -----	74

Chapitre 6 : Analyse et discussion des résultats

1-Présentation et analyse des résultats selon les cas -----	76
2-Discussion des hypothèses -----	108.
Conclusion -----	112

Bibliographie

Annexes

Liste des tableaux :

N° de tableau	Titre de tableau	La page
N° 1	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre population d'étude	67
N°2	Tableau récapitulatif des échelles de la (MDI-C)	71
N°3	Tableau récapitulatif de trois niveaux d'interprétations	73
N° 4	Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) Cas « T.A »	79
N° 5	Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) Cas « A.M »	83
N°6	Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) Cas « M.B »	87
N° 7	Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) Cas « M.S »	90
N° 8	Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) Cas « L.Y »	94
N° 9	Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) Cas « L.M »	98
N°10	Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) Cas « A.L »	102
N°11	Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) Cas « B.H »	106

Liste d'abréviations :

MDI-C : Echelle composite de dépression pour enfants et adolescents.

DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statique des troubles mentaux, révisé.

CEM : Ecole secondaire moyenne.

Introduction

Introduction :

L'adolescence est une période qui a tendance à s'allonger au fil des siècles. En effet le début est clairement défini par les changements pubertaires, avec un âge de la monarchie de plus en plus précoce. Tandis que la fin de l'adolescence est plus floue (indépendance économique, intégration sociale) mais se fait de plus en plus tard, due souvent à des études prolongées.

L'adolescence est une période de vie particulière car le jeune ressent divers changements. Non seulement concernant son corps, mais aussi au niveau de ses réflexions, de sa vie sociale,... Le jeune se construit, devient un adulte dans le regard des autres. L'adolescent a toujours besoin de l'amour, de la présence et du soutien de ses parents, même s'il va leur montrer son attachement autrement. Il faut donc relativiser les « marre de cette maison ! », « c'est nul ! », « lâche moi ! » et autres remarques du genre que les adolescents lâchent dans un moment de déception, de mal-être ou de colère sans vraiment le penser. Le terme de dépression renvoie à une polysémie aussi vaste qu'hétéroclite. Les nuances vont de la tristesse au désespoir, l'échec en passant par l'inertie, le manque d'énergie et de désir, la paresse paralysante, sans exclure les idées noires et l'évocation du suicide.

La dépression de l'adolescent ne doit pas être banalisée ou mise sur le compte d'une « crise de l'adolescence ». Il est important de la diagnostiquer et de la traiter, pour plusieurs raisons : La prévalence de la dépression à l'adolescence en population générale serait d'environ 5%, avec un risque de récurrence à 4 ans dans un tiers à la moitié des cas.

La dépression chez l'adolescent est souvent méconnue. Il est parfois difficile de faire la différence entre le normal et le pathologique, notamment avec ce que l'on appelle classiquement la « crise d'adolescence », qui fait partie des processus normaux du développement. On parlera de dépression ou de maladie dépressive lorsque l'adolescent présente des symptômes dépressifs caractérisés et prolongés, dont lui-même ou son entourage peuvent repérer le début.

Pourquoi, alors qu'ayant le même niveau de connaissance au départ, certains adolescents arrivent à avoir une bonne scolarité alors que d'autres, au contraire, ont de mauvais résultats et sont en situation d'échec scolaire ?

On parle d'échec scolaire quand un adolescent ne réussit pas à apprendre ou apprend avec plus de difficultés que les autres adolescents de son âge, et, lorsqu'il ne peut s'intégrer à une communauté scolaire en raison de troubles du comportement ou de troubles relationnels. L'échec scolaire peut vraiment s'avérer catastrophique, non seulement dans la vie scolaire avec de mauvaises notes, mais aussi dans la vie sociale et familiale, car il implique très souvent une atteinte de l'image de soi.

Dans ce travail nous proposons d'étudier l'impacte de la dépression sur l'échec scolaire chez l'adolescent, dans le but de vérifier, si la dépression comme un trouble psychique existe ou non chez les adolescents qui y ont un échec scolaire et de détecter les symptômes qui mènent à l'apparition d'une dépression chez ces adolescents, pour apporter a la recherche académique.

Pour réaliser cet objectif, on a subdivisé notre travail en deux grandes parties la partie théorique et la partie pratique, dont la première est structurée en (04) chapitres : le premier « Introduction à l'étude », est consacré à la présentation de la problématique, la définition des mots clés de notre étude ainsi que les objectifs de cette étude. Le deuxième chapitre « l'adolescence », aborde un aperçu historique et quelques définitions de ce terme, puis on va aborder Les étapes de l'adolescence et le développement psychologique de l'adolescent, ainsi que les troubles psychologique. Le troisième chapitre « la dépression », aborde un aperçu historique sur le premier variant de notre études qui est la dépression, quelques définitions et les symptômes de la dépression, Les caractéristiques de la dépression de l'adolescent, les facteurs de risque de la dépression et ses formes cliniques ainsi que ses différents théories explicatives. Le quatrième chapitre « l'échec scolaire », aborde un aperçu historique, quelques définitions, puis on va aborder L'influence du milieu familial sur les résultats scolaires et le rôle de l'équipe éducative face aux difficultés des élèves, ainsi que l'échec scolaire et blessure narcissique, Les différentes approches de l'échec scolaire et le But de la thérapie de l'échec scolaire.

La partie pratique de notre étude sera subdivisé en deux chapitres : le cinquième chapitre est celui de « la démarche de l'étude », qui sera consacré au contexte pratique, dans lequel nous commençons par présenter la méthode utiliser durant l'étude, le lieu de recherche, la population d'étude et ses critères, pour finir ce chapitre par les outils appliqué durant notre étude. Enfin le cinquième chapitre dans notre étude va porter sur l'analyse des résultats selon les cas, et la discussion et explication des résultats, et notre travail sera clôturé avec une conclusion, puis nous donnons les différents références dont les quelles on retirés les informations concernant notre étude, nous exposons les différents annexes pour mieux éclairer notre étude.

Chapitre 1 : Le cadre générale de la recherche

1-Problématique

2-Hypothèses

3-Définition des concepts clés

4-Le cadre référentiel de l'étude

5-les raisons et les objectifs de l'étude

1-La problématique:

L'adolescence est une période cruciale est riche de la vie, une période de crise dans la mesure où de changements psychologiques s'opèrent. Même si elle n'est pas toujours traversée avec souffrance, elle implique des changements nécessaires qui permettront aux adolescents de devenir des adultes. (Mareau Charlotte, 2004.p87)

A L'adolescence, l'organisme va subir des modifications majeures qui vont affecter successivement tous les aspects de la vie biologique, mentale et sociale : le corps est profondément modifié lors de la poussée pubertaire, la pensée change également et fait l'objet de remaniements quantitatifs. La vie sociale évolue sous un double mouvement d'émancipation de la tutelle parentale et d'engagement de nouvelles relations avec les pairs. Enfin, la représentation de soi s'engage dans une nouvelle subjectivité qui s'exprimera au sein de l'identité, fruit des transformations sexuelles, cognitives et sociales. Les modifications de l'adolescence marquent donc successivement quatre sphères du développement : le corps, la pensée, la vie sociale et la représentation de soi. (Claes Michel, 1983.p 56)

Selon Philippe Jeammet, l'adolescence est la seconde étape du processus d'individuation séparation. Elle représente un temps crucial dans le processus d'intériorisation des liens avec les parents et d'organisation de l'espace psychique interne. À l'adolescence, s'achèvent le processus d'identification au parent du même sexe avec sa dimension de destruction fantasmatique, ainsi que le renoncement au parent de sexe opposé, ce qui implique un certain vécu dépressif. Cette souffrance est pourtant tempérée par la constitution d'un Surmoi mature dont la présence intériorisée apporte la sécurité et la possibilité de réguler l'estime de soi, tâches auparavant dévolues aux parents.

Pour René Diatkine, l'ardente fidélité de l'adolescent à ses imagos infantiles, dont il maintient intact l'investissement inconscient, voire contre-investit, dans un mouvement régressif, l'évitement de la perte, est liée au conflit œdipien. Ces imagos servent de références idéalisées, par rapport auxquelles l'adolescent juge et dévalorise les parents de sa réalité externe actuelle. (Seltensperger. C, 2012. p109)

Le fait qu'à l'adolescence le Surmoi œdipien et Idéal du Moi ne soient pas encore clairement différenciés, accentue ce mouvement régressif vers les imagos infantiles, dont les figures étaient jusqu'alors supportées par les parents dans la réalité externe. La puberté sollicite la reprise du processus de différenciation et d'intériorisation de ces instances. Il s'ensuit un temps de flottement et de vacance des investissements et des représentations qui les supportent, qui font vaciller en miroir l'image que l'adolescent a de lui-même. (Seltensperger. C, 2012. p109)

Kestemberg Velgne, considéré l'adolescence comme un « organisateur psychique », terme qu'elle préfère à celui de crise parce qu'il marque les possibilités évolutives qui y sont incluses, même dans les cas où on peut y trouver l'origine d'états pathologiques. (Hasselberg Michel, 2001. P129)

L'adolescent, a besoin de se voir reflété dans le regard des autres, ce qui donne toute son importance au groupe de pairs. (Rougeul Françoise, 2006. P112)

Selon Philippe Van Meerbeeck, « L'adolescence est surtout et avant tout l'âge de la vie où l'inconscient se lit à livre ouvert : c'est le stade du homard, écorché vif, sans protection et à la merci des inconscients de tous et de l'inconscient collectif ». Le regard des autres aide l'adolescent à se définir, se donner une identité propre. Les parents ne sont pas les seuls à soutenir l'adolescent dans sa recherche identitaire. Les pairs sont aussi importants, car l'emprise de la famille laisse place à celle du groupe d'amis. Les enseignants, comme les autres membres de l'équipe éducative, partageant le quotidien des jeunes, ont aussi un rôle à jouer à leurs côtés. (Alice Pierard, 2013. P2)

Selon E. Kestemberg (1971), c'est même l'essentiel du remaniement à cette période de la vie, dans la mesure où ils veulent rejeter les imagos sentent qu'ils risquent de se perdre eux-mêmes en cette quête de leur propre personne. La dépression des adolescents se manifeste d'ailleurs par une mésestime de soi, qu'il est fréquent de rencontrer à un niveau conscient, ou par une surestime de soi, qui ne doit pas induire en erreur. (Brousselle. A et all, 2001. P24)

Selon Norbert. S (1999), La dépression, état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. (Norbert Silamy, 1999.p78)

Chez l'adolescent, la dépression n'est pas rare mais difficile à reconnaître, ses manifestations cliniques étant moins franches que chez l'adulte. Pour autant les affects dépressifs ne doivent pas être banalisés et considérés comme faisant partie de l'évolution normale. Les deux abords indispensables dans l'appréhension des phénomènes dépressifs sont l'aspect clinique, à la recherche de symptômes, et le point de vue psychopathologique, tentant de repérer le sens de cet épisode dans l'économie psychique actuelle de l'adolescent et de son histoire individuelle et familiale. (C. Seltensperger A, et all, (2011), p5)

La dépression elle est assez courante à l'adolescence étant donné les remaniements physiques et psychologiques que cette dernière entraîne et les enjeux qu'elle comporte. Les transformations corporelles ainsi que les possibilités nouvelles sont plus rapides que les transformations psychiques. L'image de soi met du temps à se constituer, d'autant qu'elle peut être parasitée par la résurgence d'anciennes images de soi, dans les cauchemars ou les fantasmes. (Rougeul Françoise, 2006. P112)

Une dépression à l'adolescence non repérée et non traitée peut être à l'origine de troubles surajoutés à type de troubles relationnels, de difficultés voire d'échecs scolaires, de difficultés à s'intégrer dans la société. Enfin, il existe un risque de passage à l'acte suicidaire, qui ne doit jamais être sous-estimé.

La dépression se cachait sous toute une série de symptômes, en particulier derrière les conflits d'ordre sexuel. Cette fois ci, cette dépression est à vif, parfois même exhibée ; elle ne se centre non pas du tout sur le plaisir ou le non plaisir du fonctionnement du corps, mais sur l'inhibition intellectuelle. (Brousselle. A et all, 2001. P25)

Le diagnostic peut être difficile, car l'adolescent dépressif ne présente pas uniquement les signes cliniques habituels de l'état dépressif majeur (EDM), mais peut aussi attirer l'attention au travers de troubles comportementaux ou relationnels, de difficultés scolaires, de passages à l'acte, de prise de toxiques...

L'une des particularités de la dépression à l'adolescence est d'être souvent atypique, masquée ou précédée par ce que l'on appelle un syndrome de menace dépressive ou crise anxio-dépressive, qui peut comprendre des troubles anxieux, des troubles fonctionnels ou somatiques, des manifestations d'agitation ou de colère. (Brousselle. A et all, 2001. P25)

La dépression a un effet sur le niveau intellectuel et le développement des processus cognitifs chez l'adolescent, et tout ça renvoie à des problèmes de rendement scolaire de cet adolescent.

La sphère des apprentissages est particulièrement concernée par les mouvements de l'adolescence. Si certains adolescents se réfugient dans une hyperactivité intellectuelle au détriment de domaines trop dépendants de l'activité libidinale (sport, voyage), d'autres au contraire, payant d'un échec scolaire leurs difficultés à intégrer la puberté et ses conséquences dans leur vie psychique. (Delaroche Patrick, 2008. Pp63-66)

Occupée inconsciemment à chercher un représentant refoulé à leurs pulsions renaissantes, leur cerveau n'est plus disponible pour l'activité intellectuelle : c'est le mécanisme de l'inhibition, si utile pour comprendre les « blocages » de l'adolescent. Elle témoigne d'une difficulté du système préconscient à inhiber un certain contenu inconscient qui va par conséquent, faire irruption dans le préconscient. On trouve l'échec scolaire chez les adolescents qui ont des difficultés dites instrumentales (troubles psychomoteurs, retard de parole et du langage), associées à une instabilité psychomotrice avec troubles de l'attention. (Delaroche Patrick, 2008. Pp63-66)

L'essentiel de la vie extrafamiliale d'un adolescent est centré sur l'activité scolaire. La majorité des problèmes qu'il rencontre durant cette période de la vie a donc une connotation scolaire, les troubles psychologiques les plus fréquemment retrouvés chez ces adolescents sont les troubles de conduite, l'anxiété et le retrait social. Face à une situation d'échec scolaire, l'adolescent réagit de façon variable ; tantôt par l'anxiété, l'inhibition, le désintérêt massif, la dépendance avec quête affective de la réassurance ; la provocation, l'agressivité, l'instabilité. (G. Brandibas, et all. 2003, p9)

Dans le refus de l'école, si l'adolescent parvient à gérer la dynamique sus-évoquée au niveau de sa famille, il lui est difficile, voire impossible à le faire au niveau de l'école. Ce dernier reste avec l'adolescent dans une hiérarchie et un rapport adulte/enfant comparable à celui de l'enfant en période de latence à l'école primaire. Face à un tel décalage, tout espace de relation semble voué à l'échec. (G. Brandibas, et all. 2003, p9)

La notion d'échec scolaire est utilisée pour exprimer aussi bien le fait qu'un enfant ne passe pas dans la classe suivante que le fait qu'il n'a pas acquis certains savoirs ou certaines compétences. (Bernard Charlot, 1997.p11)

Auparavant attribué au quotient intellectuel de l'élève, il est aujourd'hui reconnu que l'échec scolaire est multifactoriel. L'élève n'est plus le responsable de son échec, il en devient la victime. La responsabilité s'est automatiquement tournée vers le système éducatif et vers les familles. L'échec scolaire étant multifactoriel, la responsabilité en devient partagée, comme l'exprime Philippe Meirieu « *la lutte contre l'échec scolaire nécessite le travail de plusieurs acteurs, différents et complémentaires et, pourtant, tous entièrement et pleinement responsables* ».

De nombreuses corrélations statistiques tentent de comprendre les facteurs de l'échec scolaire au niveau macrosociologique. La corrélation qui prédomine, pour expliquer l'échec scolaire, est celle avec la catégorie socioprofessionnelle des parents. Les inégalités sociales se reproduisent en grande partie au travers de l'école, et ce malgré son objectif d'ascenseur social. La distance entre la culture de la famille et la culture de l'école est bien souvent mise en avant, de même que le niveau d'études des parents.

L'effet maître a un impact important sur la réussite ou l'échec des élèves. Le jugement de l'enseignant et son interaction avec l'élève est essentiel dans le processus de réussite. Un enseignant peu efficace sera celui qui a des attentes pédagogiques faibles et qui dévalorise le niveau et les capacités de ses élèves. (Bernard Charlot, 1997.pp11-12)

L'échec scolaire n'est pas dû à l'incapacité des acteurs du système scolaire - professeurs et élèves - à transmettre ou à assimiler le savoir, mais à la « représentation » que se fait le système de ces opérations. Il s'en fait une idée qui, paradoxalement, est proche de celle de Pierre Bourdieu. Il voit dans le savoir un instrument de « légitimation » et d'adaptation sociale, un « capital » indispensable à tous. L'organisation qu'il met en place pour atteindre cette fin, à base de diplômes et d'impositions, empêche les élèves de construire ces « motivations intrinsèques » qui leur sont nécessaires pour apprendre. (Lobrot Michel, 1999. p64)

Il en résulte que les seuls élèves qui réussissent sont ceux qui ont la chance de trouver dans leur famille les stimulations pour y accéder, ce qui constitue une situation insupportable, contraire à toute idée démocratique. Aussi l'école doit-elle, de toute urgence, redéfinir sa « mission ». (Lobrot Michel, 1999. p64)

L'échec scolaire n'est pas un « fait », que l'expérience permettrait de constater. L'expression « échec scolaire » est une certaine façon de mettre en mots l'expérience, le vécu et la pratique et par la même une certaine façon de découper, d'interpréter et de catégoriser le monde sociale. Plus la catégorie ainsi construite est large et plus elle est polysémique et ambiguë. (Bernard Charlot, 1997.p11)

A fin de mieux cerner notre sujet nous sommes amener à poser les questions suivantes :

-Quel est l'impacte de la dépression sur l'échec scolaire chez les adolescents ?

2-Hypothèses :

- La dépression a un impacte sur l'échec scolaire chez les adolescents.

3-Définition des concepts clés :

3.1-L'adolescence :

Période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte (12-18 ans), pendant laquelle se produit la puberté et forme la pensée abstrait. (Le petit Larousse, 2010, p 16)

3.2-La dépression :

Etat pathologique de souffrance marqué par une grande chute d'énergie, du pessimisme et un dégoût de la vie. (Le petit Larousse, 2004, p 116)

3.3-Echec :

L'échec ne dépend pas du niveau absolu de réalisation d'une action, c'est, essentiellement une notion subjective. On connaît l'échec quand on n'atteint pas le but fixé. (Sillamy Norbert, 2003, p92)

3.4-Echec scolaire :

C'est l'écart mesuré entre le niveau des compétences supposées d'un élève et le niveau des compétences défini comme normal. (Chabanne Jean-Luc, 2003, p12)

4-Le cadre référentielle :

Dans notre étude « l'impacte de la dépression sur l'échec scolaire chez l'adolescent », on a opté pour choisir la théorie cognitivo-comportementale comme cadre référentielle car cette dernière demeure la plus cohérente pour notre thème, dont elle semble la plus efficace pour définir et traiter les troubles dépressifs et l'échec scolaire.

Et ça ne dévalorise pas les autres théories qui ont aussi contribué de ces troubles dépressifs comme la théorie psychanalytique, les théories biologiques, etc.

5-Les objectifs de notre étude :

-Mettre en pratique les connaissances acquises durant notre cursus universitaire et notre spécialité.

-Confirmer ou affirmer notre hypothèse sur l'impacte de la dépression sur l'échec scolaire chez l'adolescent.

-Détecter les symptômes qui mènent à l'apparition d'une dépression chez ces adolescents qui ont en échec.

-Apporter un enrichissement à la recherche académique en produisant des connaissances nouvelles sur notre thème d'étude « l'impacte de la dépression sur l'échec scolaire chez l'adolescent », qui contient trois concepts très intéressants.

Partie théorique

Chapitre 1 : introduction à l'étude

1-Problématique et hypothèses

2-Définition des concepts clés

3-Le cadre référentiel de l'étude

4-les raisons et les objectifs de l'étude

Chapitre 2 : L'adolescence

Préambule

1-L'histoire de l'adolescence

2-Définition

3-La puberté

4- Les étapes de l'adolescence

5-Identité et identification sexuelle

6-Les bases théoriques de la compréhension psychanalytique

7-Changes physiologiques et leurs implications psychologiques

8-Le développement cognitif de l'adolescent

9-Le développement affectif et social

10-Les troubles psychologiques et psychopathologiques de l'adolescent

11-les psychothérapies chez l'adolescent

Conclusion

Préambule :

Bien que beaucoup d'adolescent se plaignent de « maux » plus ou moins durables, l'adolescence n'est pas une maladie ni une pathologie, c'est une période de changements, d'instabilité et de vulnérabilité, mais aussi de dynamique évolutive.

Dans ce chapitre on va entamer, l'historique de l'adolescence, les étapes de l'adolescence les changements physiologiques et leurs implications psychologiques, le développement cognitif affectif et social de l'adolescent, et la construction de l'identité, et les troubles et leurs prises en charge spécifique à l'adolescence.

1-L'histoire de l'adolescence :

Les anciens se sont intéressés au passage de l'enfance à l'état d'adulte. Ils voyaient dans cet entre-temps le moment où l'on accède à la raison mais aussi l'époque des passions et des turbulences. Ainsi Platon considérait que cette transition consistait en une maturation graduelle transformant la première couche de l'âme, intrinsèque à l'homme, en une deuxième couche caractérisée par la compréhension des choses et l'acquisition des convictions, et conduisant certains, à l'adolescence ou à l'âge adulte, à parvenir à l'intelligence et la raison, éléments de la troisième couche.

Aristote envisageait plutôt des stades hiérarchisés où les jeunes enfants dominés par leurs appétit et leurs émotions s'avéraient capables d'actions volontaires mais non de choix réel-ce qui les rendait semblables aux animaux. La capacité de choisir n'intervenait qu'au second stade entre (8 et 14 ans), appétits et émotions étant alors subordonnés à un contrôle et à des règles. La période de (15 à 21 ans) était celle des passions, de la sexualité, de l'impulsivité et du manque de contrôle de soi ; mais c'était aussi le temps du courage et de l'idéalisme. (Pierre G. Coslin 2010, pp. 15-16)

Etre adolescent dans l'antiquité, au moyen âge, au début de l'industrialisation ou à la fin de xx^e siècle n'a pas la même signification ou bien l'adolescent à une place bien déterminée dans la société ou il participe à un groupe social bien constitué, ou il n'existe pas vraiment. On peut dire que dans les pays occidentaux industrialisés l'adolescence a pris une place particulière au xx^e siècle, avec le retard de l'entrée dans la vie adulte (scolarisation plus longue, entrée en apprentissage retardée).

Cette évaluation doit être également rapprochée de l'évolution démographique : le baby boom de l'après-guerre dans les années cinquante a eu pour conséquence la constitution d'un groupe social correspondant à cette classe d'âge et qui s'est trouvé dans les années soixante au seuil de la vie adulte dans un contexte social bien différent.

Actuellement, l'organisation sociale en classes d'âge (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) semble progressivement se substituer, au moins en partie, à la hiérarchie sociale antérieure devenue moins rigide. Nos sociétés occidentales en changement incessant semblent reconnaître à cette phase intermédiaire de changement qu'est l'adolescence un statut, une place à part entière, fonctionnant presque comme un modèle sociale et culturel. (Tourrette. C. 2008, p.189)

Certes il ya toujours eu une jeunesse et un problème de la jeunesse depuis l'antiquité, mais il semble bien que les Grecs, limitaient le problème du passage pubertaire grâce à l'embrigadement militaire, tandis que chez les filles les rites de mariage faisaient office de rites de passage. De la même façon, chez les Romains, le début de l'âge adulte est marqué par le jour de la pris de la toge virile à dix-sept ans et par un pèlerinage au capitole Dans les sociétés primitives, l'adolescence n'existe pas car elle a été remplacée par les rites d'initiation. Sur le plan psychanalytique, il est clair que ces rites résolvent les problèmes psychologiques, tels que l'abandon de l'enfance ou la séparation d'avec les parents que rencontre, sans qu'il en ait conscience, tout adolescent. (Delaroche. P. 2000, pp.6-7)

L'insertion progressive au sein de la société constitue le fait central de l'adolescence et ne doit pas être confondue avec le développement pubertaire. Si la puberté apparaît en effet, à quelques variations près, à la même époque dans toutes les sociétés, si les séquences du développement pubertaire se retrouvent identiques, la transition sociale de l'enfance à l'état d'adulte vraie considérablement selon les cultures.

L'expérience d'adolescence et sa durée sont ainsi déterminées par les aménagements culturels, ce qui n'est pas sans mettre en question l'existence d'un schéma universel du développement. Ainsi, l'adolescence apparaît et se cristallise lorsque les rites initiatifs dépérissent ou disparaissent, lorsque l'accession à l'état d'homme ou de femme devient graduelle, lorsqu'il n'y a plus rupture avec l'enfance, et mort symbolique pour renaître à l'état d'adulte, lorsque s'observe la transition d'un espace biologique, psychologique et sociale qui fournit le terrain favorable à la constitution d'une classe d'âge.

Il existe ainsi dans de nombreux groupes sociaux des rites d'initiation marquant le passage de l'adolescence chez les garçons. Ces rites ont des fonctions sociales visant à marquer et à faciliter la transition de l'état d'enfant à celui d'adulte, à assurer le passage du statut formel pubertaire au statut conventionnel de l'adulte. Trois étapes peuvent être observées :

- Rituel de séparation du statut d'enfant, de démarcation des rôles, et de rupture avec le groupe antérieur ;
- Transition préparant l'initié à l'octroi d'un nouveau statut ;
- Rituel d'agrégation dans la société des adultes.

Ces rites ont également le plus souvent des fonctions psychologiques s'articulant autour de deux dimensions : la maîtrise des émotions œdipiennes et l'attribution de l'identité sexuelle, la première a trait à la résolution des conflits œdipiens à l'adolescence, le rite permettant de prévenir une approche incestueuse de la mère et une rivalité agressive à l'encontre du père ; la seconde au dépassement des sentiments ambivalents de haine et d'envie à l'égard du père et à l'établissement d'une identification secondaire permettant de se voir attribuer l'identité masculine. (Pierre G. Coslin 2010, pp. 20-21)

En ce qui concerne les filles, la reconnaissance sociale des premières menstruations et certainement l'aspect le plus universel des rituels féminins. De nombreux mythes évoquant la fertilité entourent ainsi la venue des premières règles, s'opérationnalisant par des incantations, des messages corporels, des gestes magiques visant à conjurer la stérilité, etc.

Des pouvoirs magiques bénéfiques ou maléfiques peuvent être associés à la jeune pubère : guérison des maladies, bénédiction surnaturelle ou au contraire tarissement des sources. Les craintes peuvent alors entraîner la ségrégation et l'isolement de la jeune pubère. On relève également un symbolisme de l'obscurité-relation mystique entre les cycles féminins et les cycles lunaires, et des restrictions alimentaires suppression des apports carnés, attribution de nourriture blanche, liées au mystère du sang menstruel. (Pierre G. Coslin 2010, pp. 21-22)

2-Définition :

Du point de vue étymologique, le terme adolescence prend son origine dans le mot latin « dolescere » qui signifie « grandir » l'adolescence, présentée comme l'avènement du développement de l'enfant, est surtout le temps des grands bouleversements corporels, intellectuels et psychiques. La finalité est de permettre à l'enfant de devenir un adulte structuré et responsable. (Bourcet Stéphane et all .2003.p93)

L'adolescence correspond à la prise de conscience collective récente de l'existence d'une crise psychique déclenchée par l'apparition du pouvoir sexuel chez l'enfant et cherchent une issue hors du cadre familial. L'adolescence serait donc un phénomène sociologique révélant une crise psychologique. (Delaroche. P. 2000. P9)

L'adolescent est rappelé comme le temps de découverte de soi, des autres, du monde entier. Il ya une explosion cognitive et les horizons intellectuels s'élargissent jusqu'aux limites de l'univers. L'adolescence est également caractérisée par un besoin intense d'autonomie, par des conflits avec les parents, par des crises, des préoccupations, l'insécurité, les doutes sur son identité, parfois par la transgression de normes respectées auparavant. (Lutte Gérard 1988; P.13)

3-La puberté :

La puberté et l'adolescence sont deux phénomènes différents mais fondamentalement complémentaires et indissociables. Le début de la puberté marque l'entrée dans l'adolescence et contribue à en entier la plupart des aspects. Par contre la fin de la puberté est loin de signer celle de l'adolescence, dont le processus semble de plus en plus étiré dans le temps

Généralement la puberté se produit entre (8et 13 ans) chez la fille, et entre (9et 14 ans) chez le garçon. Elle résulte de la mise en route d'une série de mécanismes biologiques complexes qui entraîne une succession de changements corporels rapides. En deux ou trois ans, le corps de l'enfant prend l'aspect de celui d'un adulte. Il devient ainsi méconnaissable aussi bien pour lui que pour son entourage, ce qui implique un ensemble de modifications dans son fonctionnement psychique.

Pour Freud, « avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile a sa forme définitive et normale » les pulsions sexuelles de l'enfance trouvent enfin leur but du fait de l'avènement de la puberté, en découvrent l'objet sexuel chez autrui. Les différentes zones érogènes partielles (orale, anale, urétrale) vont se subordonner au primat de la zone génitale (organe sexuel). La jouissance sexuelle permet d'accéder au « plaisir terminal ». (Bourcet Stéphane et all .2003.p94-95)

Rousseau.J et P.Isrèl notent de leur coté que cette nouvelle idéalisation, qui instaure un mouvement de réobjectalisation, est de nature essentiellement spéculaire ; l'adolescent choisit ses héros parmi ses semblables dans un mouvement où disparaissent les liens de l'homosexualité avec le narcissisme. C'est là qu'intervient le remaniement des imagos auxquelles s'attachent de nouvelles possibilités identificatoires. (Brousselle. A, et all.2001p20)

Une maturité pubertaire précoce confère généralement aux adolescents un statut social plus avantageux. Elle contraste cependant parfois avec une moins grande maturité intellectuelle et effective, du fait du décalage entre les vitesses de développement dans les différents domaines. Une maturité pubertaire tardive peut entraîner des difficultés psychologiques avec sentiment d'infériorité physique, qui peuvent apparaître dans une estime de soi négative, un sentiment de dépendance ou de rejet social. (Tourrette. C. 2008 p194)

4-Les étapes de l'adolescence :

4.1-La préadolescence :

Caractérisé d'abord par l'augmentation quantitative de la pression pulsionnelle, car il n'y a pas encore de nouvel objet d'amour, ni de nouveau but pulsionnel.

Ensuite, caractérisé par la résurgence du pré génitalité, manifeste chez le garçon, refoulée chez la fille.

4.2-La première adolescence :

Caractérisée par la primauté génitale et le désinvestissement des objets d'amour incestueux ; la libido reste flottante ; c'est l'époque chez le garçon de l'ami idéalisé, mais sur le modèle narcissique plutôt qu'objectal.

4.3-L'adolescence proprement dit :

Caractérisée par le réveil d'œdipe et par la découverte de l'objet hétérosexuel. Mais cela passe par l'oscillation entre l'hétérosexualité et le narcissisme.

Le stade narcissique est une étape de désengagement entre l'attachement aux parents et l'amour hétérosexuel, d'un nouvel objet. Cela passe aussi par leur intrication, dans l'amour ainsi que dans les fantasmes, dans les activités créatrices, dans le journal intime, qui vont constituer des formations intermédiaires entre relation objectale et narcissisme. (Brousselle, A. et all. 2001. pp, 12-14)

4.4-L'adolescence tardive :

C'est une phase de consolidation des fonctions et des intérêts du moi. C'est la phase de la formation du caractère, produisant un fonctionnement égo-syntonique du Moi. C'est alors que se structure la représentation de Soi. Le Soi est l'héritier de l'adolescence dit Blos, paraphrasant la formule du Sur moi, héritier du complexe d'œdipe à l'entrée de la latence. Notamment, l'identité sexuelle prend sa forme définitive. (Brousselle. A, et all. 2001. pp, 14-15)

4.5-Post-adolescence :

Ceci écrit dans un style qui irrite par les références à l'intégration, à l'adaptation, même si celle-ci est définie méta psychologiquement et non par rapport à une réalité. (Brousselle. A, et all. 2001. pp, 14-15)

5-Identité et identification sexuelle :

L'identité, ou plutôt le sentiment d'identité sexuelle, correspond au fait de se reconnaître homme ou femme. Ce sentiment correspond dans l'immense majorité des cas à l'identité légale, mais ce n'est pas le cas du transsexuel. Le sentiment d'identité relève de l'identification primaire. Les identifications sexuelles secondaires, soit l'appropriation par le sujet de caractères masculins ou féminins, découlent toutes complexe d'œdipe dont elles sont la résultante. Comme on le sait, celui-ci comporte deux aspects : positif ou normal, négatif ou inversé, selon que l'enfant aime le parent de sexe opposé et rejette celui de même sexe ou le contraire. (Delaroche. P. 2008, p.43-44)

Cette identification secondaire ne modifiera pas le sentiment d'appartenance au sexe réel et, d'autre part elle pourra concerner soit une partie du moi, soit le moi tout entier. Dans ce dernier cas, cette identification totale concerne aussi l'appartenance sexuelle du parent aimé : c'est l'explication de l'homosexualité ou le sujet s'identifie à la personne aimée, la mère pour le garçon par exemple ; mais c'est aussi l'explication de l'hétérosexualité quand l'amour du garçon pour le père, par exemple, se résout par une identification qui rejoint l'identification « normale » au parent homosexué impliquant cependant que celui-ci soit suffisamment présent pour imposer sa loi comme tiers, se faire aimer, et inhiber un choix d'objet, œdipien certes, mais massif car incestueux.(Delaroche. P. 2008, p.70)

6-Les bases théoriques de la compréhension psychanalytique :

La base théorique de toute lecture psychanalytique de la clinique normale ou pathologique de l'adolescence est fournie par Freud et Lacan.

6.1-Freud et les « métamorphoses de la puberté » :

Les « métamorphoses de la puberté » constituent le cinquième chapitre des trois Essais sur la théorie de la sexualité paru en (1905) et remanié jusqu'en (1924). Chez Freud, puberté et adolescence sont rigoureusement synonyme. (Delaroche. P. 2008, p .16)

La puberté voit s'accomplir «une réalisation psychiques les plus importantes mais aussi les plus douloureuses de cette période, l'affranchissement de l'autorité parentale, grâce auquel seulement est créée l'opposition entre la nouvelle et l'ancienne génération, si importante pour le progrès culturel » (Delaroche. P. 2008, p .16)

6.1.1-Le primat du génital :

A l'adolescence, les pulsions sexuelles pré-génitales, orales et anales, vont voire leur importance se relativiser jusque là elle était en effet auto-érotique. La puberté va donner son importance au stade phallique du garçon tandis qu'elle va entraîner au contraire un refoulement de la sexualité clitoridienne de la fille l'évolution normale du garçon lui fera donc dépasser ses plaisirs pré-génitaux : il ne les abandonne pas vraiment puisque Freud en fera la base du plaisir préliminaire à l'acte sexuel, base qui va contribuer à augmenter le plaisir terminal génital.

Quant à la fille, elle n'abandonne pas non plus sa sexualité infantile : celle-ci, étant exclusivement clitoridienne, donc masculine, va au contraire servir à « transmettre », dans l'acte sexuel, son excitation aux parties féminines voisines, « un peu à la façon dont les résineux peuvent servir à enflammer le bois plus dur ». (Delaroche. P. 2008, pp .16-18)

6.1.2-L'après-coup :

L'après-coup n'est pas seulement le prolongement chez l'adulte de la sexualité déjà structurée dans l'enfance.

Il ya en effet à l'adolescence achèvement, réalisation de cette sexualité potentielle. Cette théorie, Freud la construit sur le modèle du refoulement hystérique. Premier temps : séduction par l'adulte sans signification sexuelle pour l'enfant. Deuxième temps : du fait de la puberté survenue entre temps, une rapporte à ce second événement ; alors que son intensité est provoquée par le souvenir du premier. (Delaroche. P. 2008, pp .16-18)

Cette théorie convient particulièrement au processus de l'adolescence : on comprend pourquoi, pour certains sujets, la puberté peut faire traumatisme. C'est que leur choix d'objet infantile était incestueux.

6.1.3-La découverte de l'objet :

Cette découverte de l'objet n'est compréhensible que grâce à l'après-coup. En fait, une relation d'objet, reconnaît Freud, peut se faire dès l'enfance « quand la toute première satisfaction sexuelle était encore liée à l'ingestion d'aliment, la pulsion avait, dans le sein maternel, un objet à l'extérieur du corps propre. Elle ne l'oublia que plus tard, peut être précisément à l'époque où il devient possible à l'enfant de former la représentation globale de la personne à laquelle appartenait l'organe qui lui apportait satisfaction.

En règle générale, la pulsion sexuelle devient alors auto-érotique, et ce n'est qu'une fois le temps de latence dépassé que le rapport originel se rétablit [...] la découverte de l'objet est à vrai dire une redécouverte ».

6.1.4-la fixation incestueuse :

L'adolescent doit se séparer de ces parents mais le rôle de ces derniers apparaît en négatif avec ce qu'il appelle les « parents névropathes ». Ceux-ci, en effet, sont coupables d'un « excès de tendresse » assurément nuisible parce qu'il gâtera l'enfant, le rendra incapable dans sa vie future de se passer provisoirement d'amour ou de se contenter d'une moins grande qualité d'amour. (Delaroche. P. 2008, pp .16-19)

7-Les changements physiologiques et leurs implications psychologiques :

7.1-Les transformations physiques :

Les transformations physiques de l'adolescence sont un passage obligé, mais on observe une forte variabilité interindividuelle dans l'âge et de la durée de ces transformations. Une puberté précoce n'a pas le même retentissement psychique et social qu'une puberté tardive. Les implications psychologiques de ces changements son donc à envisager. L'adolescent subit généralement cette puberté qui n'est pas choisie mais qui lui est imposée et avec la qu'elle il est obligé de composer.

La forte poussée de croissance staturo-pondérale inaugure la période pubertaire; elle démarre aux environs de (11-12 ans) chez les filles et deux aux plus tard chez les garçons. (Tourrette. C. 2008, p.192-193)

Le gain en taille peut représenter à l'apogée de la courbe de croissance une dizaine de centimètres annuels, le bassin s'élargit chez les filles, alors que ce sont les épaules qui chez les garçons prennent de la largeur. La croissance musculaire est surtout marquée chez les garçons. L'apparition des premières règles chez les filles et des premières éjaculations chez les garçons est considérée comme des indicateurs de la puberté.

7.2-Les implications psychologiques:

Ces métamorphoses pubertaires, qu'elles soient précoces, « normales » ou tardives, modifient l'image corporelle de l'adolescent et peuvent avoir des répercussions affectives et sociales. Il y a imbrication des transformations physiques et psychiques qui obligent à une appréhension globale de l'adolescent.

Elle s'est petit à petit au cours des années précédentes. La rapidité des modifications somatiques oblige l'adolescent à modifier l'image qu'il s'était fait de son corps en intégrant ses caractéristiques sexuelles. Des dysmorphophobie apparaissent, correspondent à la peur d'avoir un développement disharmonieux, avec des points de fixation sur certaines parties du corps.

Il est vrai que le développement corporel ne se fait pas de façon harmonieux car les différentes parties du corps ne se développent pas toutes au même rythme : les jambes et les bras s'allongent plus vite que la tête ou le tronc. ces disharmonies ne sont que passagères, mais elles sont souvent perçues par l'adolescent comme définitives. Ces perceptions déformées de l'apparence physique sont aggravées par la pression sociale qui s'exerce par le biais des stéréotypes et engendrent parfois des perturbations affectives plus ou moins durables. Cette réalité qui s'impose peut être source d'angoisse parfois difficile à supporter, suscitant alors régression rassurante, fuite pour échapper à cette réalité. (Tourrette. C. 2008, pp. 192-194)

8-Le développement cognitif de l'adolescent :

8.1-La pensée opératoire formelle dans la théorie piagétienne (12-15 ans) :

L'adolescent arrive maintenant à la dernière étape de son développement cognitive tel que d'écrit Piaget. Celui-ci a avancé l'idée que cette dernière étape peut ne pas être atteinte par tous les individus, c'est-à-dire que le développement cognitif peut s'arrêter avant, à la fin de la période opératoire concrète.

8.1.1-Les caractéristiques de la pensée opératoire formelle :

Au stade opératoire concret, le raisonnement de l'enfant dépend étroitement du contenu auquel il s'applique. Au stade formel, l'enfant s'attache à la forme de son raisonnement, quel que soit le contenu auquel il s'applique. Piaget, distingue deux étapes successives dans l'avènement de la pensée opératoire formelle qui correspondent à une phase assimilatrice égocentrique (la combinatoire), suivie d'une phase d'accommodation au réel, qui est la logique des propositions.

-La combinatoire : elle résulte de la généralisation des opérations de classification et de sériation de la période précédente. En effet, puisque la forme se libère du contenu, il lui devient possible de faire n'importe quelle classification ou sériation sur un nombre non limité d'objet puisque ils peuvent être réduits à des symboles plus manipulables.

-La logique des propositions : procède d'une généralisation de la combinatoire et conduit à des combinaisons de jugements ou de propositions. La nouveauté est l'utilisation de propositions verbales au lieu des objets précédemment manipulés.

8.1.2-La pensée formelle est-elle universelle ?

Deux sortes d'investigations apportent des éléments de réponse à cette question : les études interculturelles et intra culturelles, les études interculturelles ont davantage d'étudié la mise en œuvre de la pensée opératoire concrète que formelle. (Tourrette. C. 2008, pp.194-198)

Les difficultés inhérentes à ce type de comparaison sont ici majorées par l'implication important du langage dans l'expression du raisonnement de l'enfant. Intra culturellement, les recherches sont plus nombreuses et un peu mieux adaptées. Longeot (1969) avait mis en évidence le fait que les acquisitions de certains enfants ne se faisaient pas toujours dans l'ordre prévu par Piaget . (Tourrette. C. 2008 p198)

9-Le développement affectif et social :

Sur le plan psychique on observe une déstabilisation de l'équilibre pulsionnel antérieur qui peut parfois aboutir à la perte d'identité (l'adolescent ne se reconnaît plus dans un corps qui lui est étranger sans pouvoir se référer au corps d'enfant qu'il n'a plus). L'adolescent est partagé entre son désir de maintenir des liens avec les imagos parentales et son désir d'autonomie.

Il peut adopter des conduites de repli dépressif et/ou des comportements d'opposition, de revendication ou d'affirmation. Le renoncement nécessaire à l'enfance pour accéder au statut adulte réactive les processus de séparation/individuation de l'enfance.

Au cours de cette séparation l'adolescent va devoir renoncer à sa position d'enfant, désinvestir les objets œdipiens auxquelles il s'était identifié pour réinvestir d'autres objets pulsionnels substitutifs lui permettant de se construire et d'acquérir son indépendance. Si l'adolescent n'a pas de ressources personnelles suffisantes, il risque de se replier sur lui-même.

9.1-Wallon : l'achèvement de la personne :

Les modifications physiologiques et les remaniements du schéma corporel qu'elles impliquent apparaissent comme point de départ de la crise pubertaire et provoquent un sentiment de changement. Pour s'affirmer dans la fin de sa construction identitaire, l'adolescent choisit de s'opposer aux autres. Les exigences de la personnalité passent donc à nouveau au premier plan.

L'adolescent sort de sa cellule familiale et participe à des groupes sociaux, c'est-ce qui crée la dynamique que des relations sociales multiples en particulier extrafamiliales. C'est pourquoi Wallon dit qu'à ce moment, la personnalité devient polyvalente et autonome. (Tourrette. C. 2008, pp. 201-202)

9.2-Le stade génital dans la théorie freudienne :

Le modèle psychanalytique rend bien compte des changements pulsionnels dans cette période avec les changements dans les liens aux objets œdipiens, avec l'intégration de la pulsion génitale dans la personnalité et les remaniements identificatoires de cette période. Dans un double mouvement de détachement parental et l'investissement dans ses pairs, l'adolescent doit trouver son identité propre. Après une succession de moments d'identifications et d'oppositions, il finit par pouvoir se situer lui-même et devient capable d'avoir de lui une image satisfaisante.

9.3-L'évolution des relations interpersonnelles :

Les relations interpersonnelles vont se modifier au cours de cette période par un double mouvement de prise de distance par rapport à la famille et d'un rapprochement des amis. Passer du cadre familial de référence à celui du groupe amical est une démarche qui aide l'adolescent à s'émanciper de la tutelle parentale et à acquérir son autonomie. (Tourrette. C. 2008, pp. 203-206)

9.4-L'évolution des relations familiales :

Deux aspects complémentaires de cette évolution peuvent être distingués : l'émancipation de la tutelle parentale et l'accès à l'autonomie.

-L'émancipation de la tutelle parentale : Le passage entre émancipation et statu adulte, doit se faire sur le plan familial et sur le plan social. Il y a transfert progressif de la famille d'autres agents de socialisation et en particulier au groupe des pairs, des camarades, qui a une position privilégiée dans ce temps de transition. L'enjeu de cette période est de devenir autonome sans se retrouver seul, de se construire sans risquer de détruire l'autre.

-L'accès à l'autonomie comportementale et les modèles parentaux : renvoie à tout ce que peut faire l'adolescent, sans en référer à l'autorité parentale. Il apparaît cependant que l'insatisfaction familiale joue un rôle prépondérant dans l'apparition des troubles comportementaux aux adolescents.

On peut considérer que les parents eux-mêmes doivent continuer d'évoluer avec leurs adolescents, doivent accepter d'exercer moins de contrôle sur le comportement de leur enfant, de remettre en question leurs propres choix personnels et doivent accepter le désengagement affectif de l'adolescent. (Tourrette. C. 2008, pp. 203-206)

10-Les troubles psychologiques et psychopathologiques de l'adolescent :

L'adolescent compte sur ce qu'il connaît c'est-à-dire son entourage et liens qui unissent les membres de la famille entre eux. Lors que la souffrance est présente chez un adolescent, elle peut se manifester de diverses façons. Elle est ou moins bruyante, mais le calme ne signifie pas non plus toujours le bien-être. Ce que nous nous voyons en surface s'appelle le symptôme. Il est la manifestation extérieure d'un trouble psychique. Un trouble ou une pathologie peut comporter plusieurs symptômes, de même que l'on peut retrouver le même symptôme dans différentes pathologies. (Mareau Charlotte et all, 2004, p. 113-114)

La souffrance est difficile à mesurer est les parents s'inquiètent parfois de comportements qui ne procurent pas de souffrance à l'adolescent mais, au contraire le protègent. A l'adolescence, la souffrance n'est pas toujours verbalisée directement. Il est donc difficile de la repérer. Toutefois, on peut juger de l'installation d'une souffrance ou d'une pathologie par sa durée, les conséquences sociales et affectives de la conduite, ou le changement d'humeur radical.

10.1-Troubles addictifs :

Les addictions sont des troubles qui se caractérisent par une répétition d'actes susceptibles de provoquer du plaisir et marqués par la dépendance à un objet ou à une situation et consommés avec avidité. Ainsi, le sujet perd la liberté de s'abstenir de consommer l'objet. Le trouble mais à l'adolescence, où la structure est encore en construction, tout est possible. Le trouble est donc à interpréter dans le processus de construction, en fonction de l'âge et de l'histoire infantile de l'adolescent.

Ce type de trouble est particulièrement lié à l'adolescence, dans la mesure où les sujets qui en souffrent présentent des majeures des assises narcissiques. Comme nous l'avons vu, le narcissisme est ébranlé à l'adolescence par les changements pubertaires. (Mareau Charlotte et all, 2004, p. 113-114)

10.2-Les troubles alimentaires :

Ces troubles apparaissent souvent à l'adolescence car ils font suite à une lutte contre les changements imposés par la puberté. Cependant, la notion de troubles alimentaires est essentiellement descriptive et ces troubles appartiennent à différentes organisations psychiques. Tout dépend de chaque individu et de son histoire. (Mareau Charlotte et al, 2004, p. 113-114)

10.2.1-L'anorexie mentale :

Est un trouble alimentaire spécifique de l'adolescence. Elle apparaît en général entre (12 et 20 ans), mais peut survenir plus précocement et sa durée peut dépasser la période adolescente. On ne trouve pas d'origine organique à ce trouble, dont l'origine semble être uniquement psychologique. Il s'agit de filles pour (95%) des cas et une fille sur cent développe une anorexie mentale à l'adolescence. (Mareau Charlotte et al, 2004, pp.114-120)

10.2.2-La boulimie :

C'est une maladie également féminine bien que le pourcentage de garçons atteints soit trois fois plus élevé dans la boulimie que dans l'anorexie. Le trouble apparaît plus tardivement que chez l'anorexique, vers (18 ou 20 ans).

Le diagnostic de la boulimie est passé lorsque les crises de boulimie atteignent une fréquence de deux fois par semaine pendant deux mois. Dans un trouble boulimique avéré, les crises sont généralement bien plus nombreuses dans une même journée.

La crise boulimique se caractérise par une prise soudaine et impulsive de nourriture, en cachette, qui peut atteindre (10000 calories). Elle peut faire suite à une contrariété, un sentiment de tension interne ou de solitude qui provoque chez la jeune fille une angoisse et un besoin de la calmer par l'absorption de nourriture. L'adolescent avale alors sans pause un grand nombre d'aliments dont la caractéristique majeure est d'être gras ou sucrés. Elle éprouve parfois du plaisir à manger pendant la crise et est consciente de ce qu'elle fait avec des douleurs abdominales et des nausées ainsi qu'un sentiment de honte et de dégoût d'elle-même.

Parfois, les boulimiques provoquent des vomissements pour se soulager pour ne pas prendre de poids, ou pour pouvoir recommencer une crise. (Mareau Charlotte et al, 2004, pp.114-120)

10.3-La toxicomanie :

Il s'agit d'un trouble se caractérisant par une dépendance à la drogue. A l'adolescence, les drogues sont utilisées dans le but de calmer l'angoisse liée aux changements. La notion de toxicomanie implique un cercle vicieux dans lequel l'effet recherché de la drogue devient la cause pour en prendre. (Mareau Charlotte et all, 2004, pp.114-120)

10.4-Les troubles obsessionnels compulsifs :

A l'adolescence, les TOC peuvent survenir d'une façon envahissante. Ils prennent alors leur sens rapport aux remaniements dus à la puberté. Ils se caractérisent par :

- La présence d'une idée obsédante.
- La mise en acte d'un rituel compulsif visant à soulager l'idée obsédante.

10.5-Les troubles anxieux :

A l'adolescence, l'angoisse ravivée par le changement pubertaire doit trouver un moyen de se décharger. Elle est parfois déplacée vers un objet ou une situation. Cela donne naissance à une phobie. Si elle n'est pas déplacée vers un objet précis, elle peut rester dissoute et donner lieu à des crises d'angoisse, à des moments qui la ravive particulièrement. (Mareau Charlotte et all. 2004, pp.122-125)

10.6-La dépression :

La véritable dépression à l'adolescence se situe entre la morosité, soit une forme souvent normale de dégressivité, et le suicide qui, à l'extrême, peut se produire sans signes de dépression apparents tout en procédant du même mécanisme inconscient.

De plus se cacher derrière des troubles de comportement à type de délinquance, de fugue ou de conduites à risque-la dépression masquée-, ou encore se traduire par une vulnérabilité psychosomatique, une asthénie, ou des symptômes hypocondriaque qui peuvent la résumer : c'est ce qu'on appelle des équivalents dépressifs. Il est ainsi difficile de faire une appréciation clinique de ce trouble majeur de l'humeur qui pose des risques vitaux dans cette période de la vie. (Delaroche. P. 2008, p.70)

11-Les psychothérapies chez l'adolescent :

La psychothérapie, chez l'adolescent en particulier, renvoie à des registres si divers qu'il paraît difficile de les réunir sous un seul titre. Si l'on comprend sous ce terme le fait de « soigner par la parole », toutes les catégories de thérapies, les psychanalyses freudiennes et jungiennes, les thérapies familiales, de groupes, voire systémique et cognitives, en font partie. De plus, on peut y inclure aussi les thérapies non verbales (psychomotricité, relaxation) qui, sans solliciter le dire du sujet, agissent par la parole également. (Delaroche. P. 2008, pp.101-102)

La question qui se pose alors est de savoir quelles sont les caractéristiques psychologiques favorables pour envisager une approche psychothérapeutique structurée. Nous proposerions volontiers les points suivants :

- Les capacités pour l'adolescent de ressentir une souffrance.
 - Les capacités d'établir une communication dans le cadre d'une relation interpersonnelle.
 - La capacité de s'intéresser à lui et, pour une approche analytique, à son monde interne.
 - La capacité d'entrer en contact avec la source de ses conflits.
- (Braconnier. A et Rémy Barbe. 2006, p. 89)

Conclusion

Globalement l'adolescence consiste en un cheminement progressif vers l'autonomie qui ne peut se faire que grâce à l'accompagnement des adultes qui doivent communiquer avec l'adolescent pour mieux le comprendre. Et dans ce chapitre on a pu donner un éclaircissement sur l'adolescence en général et en particulier qui souffrent sur le plan psychologique de multiples tableaux psychopathologique tel que la dépression qui est le deuxième variant de notre étude et qui sera présenté dans le chapitre qui suit.

Chapitre 3 : La dépression

Préambule

1-L'histoire de la dépression

2-Définition de la dépression

3-Les symptômes de la dépression

4-Les théories étiopathogénique de la dépression

5-Le diagnostique de la dépression selon le DSM-IV-TR

6-Formes cliniques de la dépression chez l'adolescent

7-Les caractéristiques de la dépression de l'adolescent

8-Epidémiologie

9-Évolution

10-Facteurs de risque de la dépression

11-La classification des troubles de l'humeur selon le DSM-IV-TR

12-La prise en charge

Conclusion

Préambule

Jusqu'à une période pas si lointaine que cela, la place et l'importance de la dépression chez l'adolescent ont fait l'objet de positions diamétralement opposées. D'un côté pour certains auteurs, l'affect dépressif étant si couramment rencontré chez l'adolescent, qu'ils le jugeaient normal à cet âge, mais au risque d'en méconnaître la signification et la portée. À l'opposé, d'autres soutenaient que l'épisode dépressif clinique franc était rare puisque les structures de la personnalité sont encore immatures à cet âge.

Dans ce chapitre on va donner, l'historique de la dépression, puis les symptômes de la dépression, ainsi que Les caractéristiques de la dépression chez l'adolescent, l'épidémiologie et l'évolution, par la suite on va citer les Facteurs de risque de la dépression et Les différents types de dépression et aussi La classification des troubles de l'humeur selon le DSM-IV, on va présenter aussi dans ce chapitre les théories étiopathogénique de la dépression ainsi que la prise en charge.

1-L'histoire de la dépression :

Le terme « dépression » était utilisé à l'origine dans les monastères de l'église catholique romaine ou on y recourait pour désigner l'état dans lequel le supérieur du monastère plaçait l'un de ses subordonnés afin de lui faire comprendre son humilité, sa condition humaine par rapport à la divinité.

La naissance de la notion de « dépression » est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50 ap. J-C), la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer.

Au IV^e siècle, Saint Jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. A la même époque, Evagre le pontique évoque l'acédia (désintérêt), qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur. Ses symptômes sont les gémissements, les plaintes, les soupirs, l'agitation, la torpeur le dégoût de soi. (Pedielli. J-L, 2005. pp13-14)

Rien de spécifique jusqu'au XVII^e siècle : la dépression se perd dans la mélancolie, l'hypocondrie, les vapeurs (trouble nerveux). Mais en (1678), à Bâle, Johannes Hofer publie sa dissertation de *nostalgia* pour décrire un état d'anxiété, d'insomnies, d'anorexie, de désespoir, de rêveries douloureuses du pays : la nostalgie c'est le mal du pays, forme atténuée de souffrance dépressive.

En (1733), Georges Cheyne invente le « spleen » (rate atrabilaire et morosité de l'humeur), dont les causes seraient l'abondance de marchandises. Il existe à l'âge classique des formes de dépression distinctes de la mélancolie. Au XIX^e siècle, Esquirol (1818) reprend, dans son texte sur le suicide, le spleen et la nostalgie sans les considérer comme suffisantes.

J-P. Falret (1822) développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse » différente de la mélancolie. (En 1869), l'apparition de la « neurasthénie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie. (Pardinielli. J-L, 2005. pp13-14)

En France, Charcot utilisera largement ce concept et contribuera à lui donner une assise scientifique. Kraepelin, dans son classement de (1899), évoque les formes de dépression citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de « dépression » voit officiellement le jour. Les successeurs de Kraepelin définiront diverses formes dans les années (20), on note l'apparition de formes dépression distinctes de la mélancolie, Gillespie (1929) « dépression autonome » (endogène), « dépression réactionnelle » (psychogène).

En (1928), J. Lange sépare le domaine des dépressions en dépression endogène et dépression exogène. la première (endogène) ne possède pas de facteurs déclenchant, d'associe à des antécédents personnels ou familiaux maniaco-dépressifs, se caractérise par des sentiments d'auto-accusation, une importante inhibition, un ralentissement et ses manifestations semblent sans rapport avec l'attitude de l'entourage.

La seconde forme (dépression exogène) n'est pas marquée par des antécédents personnels ou familiaux maniaco-dépressifs, elle est réactionnelle sans retentissement psychomoteur et le malade projette sur les autres ses sentiments de culpabilité ; elle varie selon l'attitude de l'entourage. (Pardinielli. J-L, 2005. pp13-14)

En (1934), la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle », chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée ; tout en maintenant qu'il n'existe pas de frontière nette entre la dépression psychotique et la dépression névrotique, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets la classe « dépression névrotique » est de plus en plus utilisée, puis celle de « dépression limite », avant de faire l'objet de vivre controverses dans les années (80). (Pardinielli. J-L, 2005. pp14-15)

Dans les années (60), l'organisation mondiale de la santé a réalisé de grandes études pour comparer la dépression et ses formes dans divers pays. Ces études ont montré que (68%) des patients suisses mais seulement (32%) des Iraniens dits déprimés ressentent un sentiment de culpabilité. Les idées de suicide s'observent chez (70%) des déprimés canadiens, mais chez seulement (40%) des Japonais.

Ainsi face à la dépression, le monde se diviserait entre ceux qui somatisent et ceux qui « mentalisent », ceux qui expriment leur souffrance avec leur corps et ceux qui sont capables de lui donner un sens et d'en parler en termes psychologique. (Pignarre Philippe, 2001.p26)

2-Définition de la dépression :

L'étymologie du mot n'annonce pourtant a priori rien de bon. De latine dépression qui signifie « enfoncement » (littéralement, déprimer veut dire « presser de haut en bas »), le vocable « dépression » apparaît foncièrement négative. (Marty François, 2008. p248)

Selon Sillamy. N (2006), la dépression est un : «état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, les découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelle, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. » (Sillamy. N, 2006.p79)

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Henriette Bloch, 1992.p206)

La définition psychopathologique de la dépression selon Pedinielli, diffère au sens où elle en tient compte. En plus des symptômes, du polymorphisme des troubles dépressifs. Les cliniciens portent un regard et un intérêt sur les conditions de vie du sujet dépressifs via la mise en relation des formes cliniques de la dépression et leur étiologie. Pour l'appel, la psychopathologie est considérée ici comme l'ensemble des discours scientifiques visant à fournir une explication ou une interprétation des troubles dépressifs, en fonction des différents paradigmes. (Pedinielli. J-L, 2005. p 77)

La dépression est à la fois un symptôme et un syndrome fréquents, elle est définie comme un trouble de l'humeur. Elle peut aussi être une maladie psychiatrique à part entière.

3-Les symptômes de la dépression :

Sur le plan clinique, la dépression qualifie un complexe symptomatique susceptible de variation dans ses contenus mais dont les traits fondamentaux constituent un noyau permanent, la modification pénible de l'humeur. L'état dépressif se caractérise par des symptômes psychiques, comportementaux et somatiques.

3.1-Les symptômes psychiques :

La durée de l'épisode dépressif est variable ; elle peut aller de quelques semaines à plusieurs mois, voire plusieurs années. La plus part des épisodes dépressifs durent moins de six mois.

3.1.1-L'humeur dépressive : La modification dysphagique de l'humeur amène l'adolescent à se concevoir comme les victimes de la société et rendent celle-ci responsable de leurs difficultés. Elle est décrite comme plus intense que la douleur d'un deuil. La personne est sans joie et opprimé, parfois il est incapable de percevoir tout sentiment. Chez les enfants et les adolescents, cela peut se manifester par une irritabilité accrue. (Besancon & al, 2005, p 51)

3.1.2-La tristesse dépressive : La tristesse d'une personne dépressive présente les caractéristiques suivantes : elle succède à un état de morosité, elle imprègne la perception du présent, du passé et du futur, elle engendre une incapacité à éprouver du plaisir, elle est comparable à celle d'une personne venant de subir le deuil d'un être cher ; le monde paraît vide, rien ne peut avoir assez d'intérêts pour atténuer cette situation pénible, l'avenir n'est plus porteur d'espoir, ennui, monotonie mais aussi douleur morale caractérisant également cette tristesse d'une personne déprimée est une vraie douleur morale qui engendre une profonde souffrance.

3.1.3-L'asthénie dépressive : Constitue également une gêne importante pour le malade. Contrairement à la simple fatigue. Elle se caractérise par une prédominance matinale (difficulté à lever, à se mettre en route, et par le fait qu'elle n'est guère améliorée par le repos. (Besancon & al, 2005, p 52)

3.1.4-L'anxiété : Il y'a pas d'humeur dépressive sans anxiété et réciproquement, l'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger. Elle peut être paralysante ou au contraire susciter de l'agitation.

Elle peut se cristalliser sur une situation particulière ou un objet : peur d'un contexte social nouveau avec incapacité à l'affronter (changement de travail par exemple), préoccupation excessive sur son état de santé, ... l'anxiété devient « angoisse » lorsque des symptômes somatiques s'associent ces peurs s'associent à des oppressions thoraciques, palpitations, sueurs, tremblement, difficulté à déglutir.

3.1.5-Les troubles cognitifs : L'état dépressif s'accompagne toujours de troubles cognitifs. Ils sont fonctionnels et réversibles (lorsque l'état dépressif disparaît). Ils se manifestent surtout lorsqu'un effort d'attention est nécessaire. A un premier degré, ces troubles cognitifs se manifestent sous forme : de difficultés à se concentrer ou de fatigabilité ; gênants par exemple la lecture. Le jugement et le raisonnement sont imprégnés par la tristesse et l'anxiété.

Dans ce contexte chez l'adolescent le ralentissement scolaire est plus important, le sujet éprouve des difficultés de concentration, se plaint de troubles de mémoire ; il a du mal à organiser ses idées, à assimiler son imagination. (Besancon & al, 2005, pp 53-57)

3.2-Les symptômes comportementaux :

Trois symptômes comportementaux apparaissent dans la dépression et qui sont comme suit :

3.2.1-Le ralentissement psychomoteur : se traduit par la fatigue, l'asthénie matinale, l'inertie, l'attitude physique figée. La réalisation des tâches est ralentie, paraît pénible : les parents et les professeurs disent qu'il est mou, qu'il se laisse aller, qu'il lui faut se secouer ou prendre des vitamines.

Ce ralentissement peut s'accompagner d'un ralentissement de débit verbal, d'une réduction du discours, d'un chuchotement de la voix voire d'un vrai mutisme. (Besancon & al, 2005, pp 53-57)

3.2.2-L'agitation : comportement à base d'excitation psychomotrice, ou peuvent se manifester l'agressivité, la colère, généralement tous les phénomènes à expression émotionnelle et motrice d'un état d'inadaptation grave et actuelle dépendant à la fois d'une structure psychopathologique.

3.2.3-L'agressivité : Pour nombre de psychologues, l'agressivité chez l'adolescent dépressif est, le plus souvent, due à une insatisfaction profonde, consécutive à un manque d'affection ou à un sentiment de dévalorisation personnelle.

3.3-les symptômes somatiques :

Les somatisations sont les symptômes visibles exprimés par le corps en réponse aux émotions. Parmi les symptômes somatiques les plus fréquents dans les cas de dépression, nous trouvons :

3.3.1-Les trouble du sommeil : les plus courants sont l'insomnie d'endormissement, les réveils nocturnes et l'insomnie matinale. Les manifestations hypersomniaques sont également possibles, plus souvent chez l'adolescent que chez l'enfant. La personne dépressive passe son temps à dormir ou à somnoler dans son lit. Ce sommeil n'est pas pour autant réparateurs, car elle éprouve la sensation réveillée encore plus fatiguée. Le sommeil devient un refuge pour ne pas affronter la réalité.

3.3.2-les troubles alimentaires : il peut s'agir d'anorexie avec réduction alimentaire et perte de poids. Autres cas est de type hyperphagie et grignotage inter prandial, avec une recherche de remplissage du vide et de l'ennui, ce qui conduit à une prise de poids excessive. (Mazanera. C. 2003, pp36-38)

3.3.3-les troubles digestifs : diarrhées ou constipation.(douleurs abdominales, nausées, vomissements, ballonnement, gaz, etc.).

3.3.4-Les troubles sexuels : il est note de façon constante une baisse importante de la libido, baisse du désir qui s'intègre dans la perte globale d'intérêt. La frigidité chez la femme et l'impuissance chez l'homme renforçant le sentiment de dévalorisation et de culpabilité. Enfin, il est possible de rencontrer une aménorrhée. (Mazanera. C.2003, pp36-38)

4-Les théories étiopathogénique de la dépression :

Ici encore, chaque approche théorique apporte un éclairage pertinent sur la dépression. Cependant, compte tenu de l'hétérogénéité des troubles dépressifs, il est plus difficile d'imaginer une intégration prochaine des différents modèles en un seul modèle.

4.1-Les théories biologiques :

Les théories biologiques se sont amplifiées à partir des années 1980 avec l'avènement des techniques biologiques moléculaires, qui permettent d'étudier le génome de façon beaucoup plus poussée qu'auparavant. Enfin, les méthodes d'imagerie ont plus récemment ouvert de nouvelles pistes sur les dérèglements cérébraux liés à la dépression.

De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse d'un déficit dans la transmission de l'influx nerveux utilisant comme médiateur la sérotonine ou la dopamine dans la dépression. Ces neurotransmetteurs sont libérés dans les synapses, l'espace en communique les neurones entre eux. Ils sont ensuite en partie recaptures par les neurones d'origine. (Bernard Genger, 2004, p47)

4.2-Les théories psychanalytiques :

La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « Deuil et mélancolie » en (1916). Pour lui, la mélancolie est bien le deuil d'un projet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Mais, à la différence de ce qui se passe dans le deuil normal, qui se résout par un déplacement de la libido vers de nouveaux objets, celle-ci se replie sur le Moi de mélancolique. Une partie de moi, identifié à l'objet perdu, est dès lors en butte à la critique de l'autre partie de moi. L'état maniaque est conçu par Freud comme une défense contre la perte de l'objet, par la recherche désordonnée de nouveaux objets à investir. (Guy Besançon, 2005, p57).

4.3- Les théories cognitives :

Dans cette perspective (Beck, 1974), la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions ; ceci est mis en rapport avec la rigidité des structures cognitives du déprimé, qui s'attribue la responsabilité des événements considérés comme négatifs.

4.4- Les théories ethno-psychiatriques :

Il met l'accent sur les expressions différentes de la dépression selon la culture à laquelle le patient appartient. Cette approche a permis de voir que dans des cultures non occidentales le vécu dépressif peut revêtir une forme déconcertante aux yeux des occidentaux la persécution.

Ce constat amène à envisager des caractéristiques différentes dans l'organisation de la personnalité, en rapport elle-même avec les caractéristiques familiales, sociales et religieuses de la culture considérée. (Evelyne Pewzner, 2000, p94-95).

4.5- Les théories événementielles :

Elle fait appel à la notion d'homéostasie du sujet avec le milieu et à la notion de réaction du sujet qui, lors d'un événement, réagit pour recouvrer un nouvel équilibre satisfaisant avec l'environnement. Des études ont reconnu :

-Des facteurs, représentant des événements précoces dans la vie du sujet, telle la perte d'un parent (sans personne de substitution qui serait un facteur de protection) qui le fragilise et le rend d'avantage vulnérable à la dépression à l'âge adulte.

-Des facteurs représentant des éléments environnementaux ou somatiques, tardifs, précédents de quelques mois la rupture dépressive.

(Maurice Ferreri et All, 2003, p20).

5- Le diagnostique de la dépression selon le DSM-IV-TR :

La caractéristique essentielle de l'Épisode dépressif majeur est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines.

Chez l'enfant ou l'adolescent, l'humeur peut être plutôt irritable que triste. Le sujet doit de surcroît présenter au moins quatre symptômes supplémentaires compris dans la liste suivante :

-changement de l'appétit ou du poids ;

-changement du sommeil ;

-changement de l'activité psychomotrice ; (Michael.2003, p403)

- réduction de l'énergie ;
 - idées de dévalorisation ou de culpabilité ;
 - difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions ;
 - idées de mort récurrentes, idées suicidaires, plans ou tentatives de suicide.
- (Michael.2003, p403)

6-Formes cliniques de la dépression chez l'adolescent :

Les aspects cliniques et diagnostiques de la dépression chez l'adolescent prennent donc en compte ces aspects psychopathologiques en décrivant, à côté d'une forme proche de celle de l'adulte, des formes cliniques spécifiques à l'adolescence qui nécessitent des prises en charge psychothérapeutiques ou médicales. (Bonnot. O.2009, p2)

6.1-Menace dépressive :

Il s'agit d'une forme typiquement en rapport avec une problématique adolescente. En effet, Braconnier évoque l'existence d'un conflit entre, la séparation avec les objets parentaux et, la liaison nouvelle avec un objet sexuel. Le Moi du sujet adolescent est alors en danger et perçoit un sentiment de débordement. Cela conduit à une sensation d'impuissance et de renoncement.

6.2-Dépression d'infériorité :

Cette forme de dépression se manifeste par la fragilité de l'identité et de l'estime de soi des adolescents. On observe alors une dévalorisation esthétique ou intellectuelle, une timidité excessive, des préoccupations corporelles pouvant aller jusqu'à la dysmorphophobie, un désinvestissement des activités habituelles, ainsi que le sentiment d'être « mal aimé ». Une réaction défensive mégalomane à ces symptômes n'est pas rare.

6.3-Dépression d'abandon :

Il s'agit d'une pathologie grave se rapprochant des pathologies limites. Elle impose une prise en charge psychiatrique et son pronostic est souvent péjoratif à long terme. Le rapprochement des troubles limites est justifié par l'idée que ce type de symptomatologie est marqué par le passage à l'acte hétéro- ou auto agressif qui se met en place pour éviter d'être confronté aux affects dépressifs. On retrouve un sentiment de vide, d'abandon et d'angoisse associés à des passages à l'acte. (Bonnot. O.2009, pp2-3)

Les mécanismes de défense sont de l'ordre du déni et du clivage, ce qui signe la gravité des processus métapsychologiques mis-en place. L'hypothèse majeure sur le plan psychopathologique est celle d'une reviviscence de sentiment d'abandon survenu précocement dans l'enfance entre un an et demi et trois ans. On peut également observer cela lors de relation trop symbiotique entre la mère et l'enfant. En tout état de cause, l'adolescence, comme second processus de séparation, réactive ces angoisses. (Bonnot. O.2009, pp2-3)

6.4-État dépressif majeur :

C'est la forme la plus proche de la forme adulte, elle est définie par l'existence d'au moins cinq des neuf symptômes suivants pendant une période de 2 semaines et peut représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Les deux premiers symptômes doivent être présents :

- Humeur dépressive pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres ; éventuellement, irritabilité chez l'enfant et l'adolescent ;
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres ;
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (ex. : modification de 5 % en un mois) ;
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours ;
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours ;
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres ;
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Les symptômes ne doivent pas répondre aux critères d'épisode mixte, ils doivent induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Ils ne doivent pas être en rapport avec les effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale. (Bonnot. O.2009, p.3)

En outre, les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire, après la mort d'un être cher. De plus, les symptômes dépressifs doivent être persistants pendant plus de deux mois ou s'accompagner d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. (Bonnot. O.2009, p3)

6.5-Dysthymie :

Sa fréquence est comparable à celle de la dépression à l'adolescence et elle représente un facteur de risque d'évolution vers un EDM. Les liens entre dysthymie et dépression sont encore peu clairs. Les symptômes des deux pathologies sont les mêmes, seuls diffèrent sévérité et durée (symptômes modérés évoluant depuis un an). Les profils des patients et leurs évolutions sont très proches, des études récentes n'arrivent pas à les distinguer statistiquement.

6.6-Dépression unipolaire :

Longtemps considérés comme des pathologies de l'adulte, les troubles bipolaires peuvent débuter à l'adolescence. Des résultats convergents de travaux épidémiologiques montrent que pour (20 % à 40 %) des adultes présentant un trouble bipolaire, on retrouve un début durant l'adolescence. Il s'agit d'un trouble assez fréquent avant (18 ans), puisque l'on estime sa fréquence à un peu moins de (1 %) ; il est notoirement sous-diagnostiqué durant cette période, sa connaissance est donc importante.

D'une façon générale, le diagnostic est difficile, il est donc important de s'intéresser aux antécédents du sujet et en particulier aux aspects prémorbides de sa personnalité. (Bonnot. O.2009, pp3-4)

7-Les caractéristiques de la dépression de l'adolescent :

Chez certains adolescents, la clinique est proche de celle de l'adulte : tristesse, désintérêt, absence de plaisir, pensées pessimistes, inhibition psychomotrice, troubles du sommeil ou de l'appétit, douleurs diverses, idées suicidaires.

On souligne actuellement une clinique dépressive plus spécifique à cette tranche d'âge :

- L'humeur dépressive est plus une humeur irritable (« il s'emporte pour rien »), le ralentissement se traduit par un air indifférent ou renfrogné, le désintérêt peut passer inaperçu car une activité reste investie (mais une seule) ; (Misery. L et all. 2011, p120)

- Sur le plan cognitif, il existe une baisse de l'estime de soi marquée, une dévalorisation par rapport à la scolarité, des sentiments de culpabilité ;

- Sur le plan somatique, on note des symptômes physiques (troubles du sommeil ou de l'appétit, prise de poids insuffisante par rapport à la courbe attendue) et des plaintes somatiques, notamment des préoccupations corporelles ou hypochondriaques qui peuvent masquer la dépression ;

- Il y a surtout une clinique bruyante sur le plan comportemental (ce qui est appelé « recours à l'agir »), qui entraîne des risques : addictions, conduites sexuelles à risque, fugues, vols, agressivité.

Le syndrome dépressif est rarement isolé et, selon les études, est associé à un trouble anxieux ou un trouble du comportement. Le risque majeur est le suicide. Il est donc important.

- De repérer dans leur intensité et leur répétition ces affects de nature dépressive que sont : l'ennui (manque d'intérêt, fatigue), la morosité (« rien ne sert à rien »), le regard dévalorisant porté sur soi-même (faible estime, indignité, ruminations sur la culpabilité) pour évaluer le risque. Il faut souligner que l'auto-dévalorisation est un symptôme-type de l'état dépressif ; la mesure de l'estime de soi est corrélée à la dépression ;

- De s'inquiéter si les signes apparaissent importants et surtout s'ils sont différents par rapport à l'état antérieur ;

- D'interroger l'adolescent sur d'éventuels sentiments de désespoir ou idées suicidaires. Rappelons enfin qu'il peut exister une vulnérabilité psychique de fond, masquée à la puberté par l'étayage de l'entourage, qui se révèle brutalement à l'adolescence : le suicide comme « geste incompréhensible ». (Misery. L et all. 2011, p120)

8-Epidémiologie :

Les troubles dépressifs peuvent apparaître à l'adolescence, période de plus grande vulnérabilité et de mal-être, et se traduire par une grande souffrance psychique. La prévalence de la dépression chez le jeune de (15-24 ans) est de (8,5 %) (Sur 1 an) en France.

La dépression a un impact sur la vie quotidienne des adolescents et peut s'exprimer par une irritabilité, un désinvestissement scolaire, des plaintes somatiques ou de l'agressivité. (Emmanuel Nouyrigat. 2011, p3)

La dépression chez l'adolescent est associée à un risque suicidaire et la répétition des tentatives de suicide se produit dans un tiers des cas. Le suicide est la deuxième cause de mortalité en France chez le jeune de (15-24 ans), soit environ (600) décès par an et un taux de décès de (6,7) pour (100). (Emmanuel Nouyrigat. 2011, p3)

9-Évolution :

La durée moyenne d'un épisode dépressif à l'adolescence est de (32 à 36) semaines, les plus longues durées d'évolution se retrouvant généralement chez les adolescents dont les parents ont présenté des troubles de l'humeur. Le retentissement scolaire, ainsi que les perturbations dans les relations sociales et interpersonnelles semblent liés à la sévérité des symptômes et plus marqués chez les jeunes filles. Rao et son équipe retrouvent que (69 %) des adolescents déprimés avaient au moins une fois rechuté sur le même mode dans les (07) années suivantes et que (95 %) des adolescents ayant fait une dépression à (17) ans rechutaient à l'âge adulte.

Ainsi, l'évolution vers un trouble de l'humeur à l'âge adulte est fréquente et celle vers d'autres troubles mentaux aussi. On considère classiquement que l'évolution vers une pathologie unipolaire ou bipolaire de type I est de (19 %). Ce risque évolutif se retrouve principalement en cas de début précoce, d'importance des signes de ralentissement psychomoteur, de l'existence de signes psychotiques, de troubles bipolaires dans la famille, d'antécédents personnels sévères de trouble de l'humeur et de virage hypomaniaque sous traitement. (Bonnot. O.2009, p5)

10-Facteurs de risque de la dépression :

La recherche dans le domaine des facteurs de risque de la dépression chez les jeunes est essentielle. L'identification de ces facteurs permet d'établir des critères de sélection des participants aux interventions préventives.

10.1-Le sexe :

Un des facteurs de risque identifiés chez les adolescents et les adultes est le genre. Les filles sont plus nombreuses que les garçons à manifester des symptômes dépressifs. Environ deux fois plus de femmes que d'hommes ont vécu un épisode de dépression majeure, selon l'Enquête nationale sur la santé de la population. (Valérie Houle. 2003, p4)

Cette proportion est semblable pour tous les groupes d'âge entre 12 et 64 ans. Plusieurs hypothèses sont proposées pour expliquer cette situation dont, entre autres, le fait que les changements physiques dus à la puberté coïncident avec le passage à l'école secondaire. Il semble que les demandes associées à ces deux étapes importantes soient perçues plus négativement par les filles. (Valérie Houle. 2003, p4)

10.2-Âge et trouble mental chez un parent

La dépression semble plus précoce chez les enfants dont l'un des parents est dépressif. Ces jeunes présentent plus de risques de développer un trouble affectif vers l'âge de (12 ou 13 ans). Toutefois, indépendamment de la pathologie parentale, l'âge moyen au premier épisode de dépression se situe vers (16 ou 17 ans). Si le parent souffre en plus d'un trouble anxieux, il semble que le risque augmente davantage pour le jeune, comparativement à la présence d'un trouble affectif seulement. Ainsi, la présence d'un trouble mental chez un parent peut précipiter le développement de la dépression chez le jeune. Purper-Ouakil et ses collaborateurs (2002) affirment que les meilleurs prédicteurs des troubles affectifs sont, entre autres, le nombre total de troubles mentaux et la durée cumulée des épisodes dépressifs majeurs chez les parents.

10.3-Événements de vies stressantes :

Plusieurs événements de vie stressants tel le divorce des parents ou un décès dans l'entourage du jeune peuvent également avoir une influence importante sur le développement du trouble dépressif.

10.4-Rendement scolaire :

Un autre élément à considérer que peu d'auteurs mentionnent est le rendement scolaire. Selon Marcotte (2000), ce dernier devrait être un des principaux critères de sélection des groupes préventifs de la dépression.

10.5-Relations amoureuses :

Selon une étude américaine (Joyner et Udry, 2000), les relations amoureuses à l'adolescence seraient un facteur de risque non négligeable dans le développement de la dépression. Les premiers amours provoqueraient chez les jeunes une ambivalence entre les émotions positives moments avec son ou sa partenaire et les émotions négatives. Les relations amoureuses auraient un impact important sur la relation des adolescents avec leurs parents. Cet élément serait un médiateur important de l'augmentation des symptômes dépressifs. (Valérie Houle. 2003, pp5-6)

10.6-Troubles associés :

Un autre élément permettant de cibler des jeunes à risque est la présence de troubles associés. Certains troubles ou problèmes de santé mentale se manifestent davantage chez un ensemble d'individus dépressifs comparativement à un groupe non pathologique. Seul un tiers des enfants et des adolescents dépressifs présente un trouble affectif pur.

Les troubles anxieux, l'abus de substance et les troubles du comportement sont fortement reliés aux troubles affectifs. Environ (30 %) des adolescents qui présentent un trouble dépressif reçoivent également un diagnostic de trouble anxieux. Selon ces mêmes auteurs, les troubles du comportement auraient tendance à précéder les troubles dépressifs. (Valérie Houle. 2003, p7)

11-La classification des troubles de l'humeur selon le DSM-IV-TR:

11.1-Trouble dépressifs :

11.1.1-Le Trouble dépressif majeur : est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associée à au moins quatre autres symptômes de dépression).

11.1.2-Le Trouble dysthymique : est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un Épisode dépressif majeur.

11.1.3-Le Trouble dépressif non spécifique : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répondent pas aux critères de Trouble dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou Trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive (ou des symptômes dépressifs pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

11.1.4-Le Trouble bipolaire I est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'Épisodes dépressifs majeurs. (Michael.2003, pp399-400)

11.1.5-Le Trouble bipolaire II est caractérisé par un ou plusieurs Épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un Épisode hypomaniaque.

11.1.6-Le Trouble cyclothymique est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un Épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un Épisode dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.

11.1.7-Le Trouble bipolaire non spécifique a été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun Trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaires pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

11.1.8-Le Trouble de l'humeur du a une affection médicale générale est caractérisée par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

11.1.9-Le Trouble de l'humeur induit par une substance est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.

11.1.10-Le Trouble de l'humeur non spécifique a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et pour lesquels il est difficile de choisir entre Trouble dépressif non spécifié et Trouble bipolaire non spécifié.

Les spécifications décrites dans la troisième partie de la section sont destinées à augmenter la spécificité diagnostique, à créer des sous-groupes plus homogènes, à aider au choix thérapeutique et à améliorer les prévisions pronostiques. (Michael.2003, pp399-400)

12-La prise en charge :

Le choix de la psychothérapie dépend de la personnalité, du contexte des symptômes, de la disponibilité de l'entourage et de l'avis du patient.

12.1-Les thérapies cognitivo-comportementale de la dépression :

Ce sont des thérapies brèves de la dépression qui se déroule sur en vint séances ainsi, elles durent de trois à six mois. Elles utilisent à la fois des techniques cognitives et des techniques comportementales pour modifier les systèmes de croyances des sujets dépressifs en leur apprenant à différencier les faits de leur appréciation subjective.

Le thérapeute à un rôle actif et il met l'accent sur les problèmes concrets et actuels de patient. Il se sert de techniques comportementales et cognitives dont le but est d'apprendre au patient à tester ses distorsions logiques et ses postulats dépressogènes. Le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur un « agenda » de séance qui précise les thèmes sur lesquels va porter chaque séance ; le sujet de la thérapie est actif et l'accent est mis sur une relation de collaboration.

12.1.1-Les techniques cognitives :

Le thérapeute met à jour progressivement les contenus dépressogènes des monologues intérieurs en questionnant le patient, lors de moments de forte émotion il peut utiliser le jeu de rôle reproduisant les situations génératrices de sentiments dépressifs. Il peut aussi demander au patient de tenir à jour des fiches qui en cas de sentiments dépressifs permettent de noter les circonstances où sont apparues les émotions négatives, et les pensées automatiques qui les ont accompagnés.

La psychothérapie cognitive de la dépression se base sur l'hypothèse suivante : le déprimé voit la réalité d'une façon erronée, accordant trop d'importance à certains faits, négatifs et méconnaissant d'autre aspects, neutre ou positifs, en particulier concernant l'attitude des autres. Par petites touches successives, la psychothérapie doit modifier ces points de vue. (Cottraux. J. 2004, p. 220).

Le déprimé se culpabilise, voit l'avenir de façon catastrophique, pense que les autres le jugent mal. La psychothérapie cognitive vise à recentrer la réalité donnée, différentes interprétations seront évoquées et le malade peu à peu devra comprendre sa situation.

12.1.2-Les techniques comportementales :

Dès le début de la thérapie, le thérapeute reçoit également un programme d'activités destinées à augmenter le nombre de situations où il peut prendre du plaisir ou montrer son efficacité. Des tâches spécifiques destinées à lui permettre de tester par des « épreuves de réalité » l'inanité de ses postulats défaitistes qui sont prescrites à la fin de chaque séance. (Cottraux. J. 2004, pp. 220-221).

Le jeu de rôle et d'autres techniques comportementales peuvent être utilisés pour préparer le patient à affronter la réalité. La thérapie se termine par un programme de maintenance fait de tâches aussi bien cognitives que comportementales. Le patient est revu de moins une fois durant six mois, puis deux fois dans le deuxième trimestre après la thérapie.

12.1.3-Déroulement typique d'une séance :

Chaque séance est structurée et commence par l'établissement d'un agenda de séance. Il est important en effet aussi bien pour le thérapeute que pour le patient d'organiser le temps. Le thérapeute résume très fréquemment les points importants qui apparaissent au cours de l'entretien : «si j'ai bien compris, nous avons vu que... ».

A la fin de chaque séance le thérapeute effectue un feed-back : il demande au patient de résumer ce qu'il a retenu lui-même. Les deux protagonistes se mettent d'accord sur le contenu de la séance écoulée. Certains points qui n'ont pu être traités sont laissés en agenda pour les séances suivantes. Enfin, le thérapeute demande au patient s'il quelque chose lui a déplu dans la séance ceci de façon à mettre à jour les pensées négatives concernant la thérapie et généralement de corriger des erreurs éventuelles de sa part.

Le thérapeute et le patient se mettent d'accord sur les tâches concrètes à réaliser dans le but de développer des expériences de plaisir et de maîtrise, et de tester ainsi les pensées dépressives en les confrontant à la réalité. (Cottraux. J. 2004, pp. 220-221)

12. 2-La thérapie familiale :

Très souvent, la dépression de l'enfant ou de l'adolescent est en relation avec le monde qui l'entoure. Le jeune peut éprouver des difficultés à gérer des conflits au sein de sa famille ou de son entourage. Dans ce cas, la solution peut ne pas venir de lui seul. C'est l'interaction des différents liens familiaux qui l'entourent qui a besoin d'être comprise, et une thérapie familiale est conseillée pour dénouer des nœuds dans lesquels le jeune reste interdépendant.

Le psychothérapeute reçoit le jeune et sa famille ensemble, les aide à exposer leurs difficultés et intervient pour que chacun puisse s'exprimer tour à tour et s'écouter. Selon le même principe que dans la psychothérapie individuelle, il essaie de donner un sens aux conflits pour comprendre le dysfonctionnement familial, tout en respectant l'individualité de chacun dans la famille. (Muriel Bertrand-Servais. 2004, pp86-87)

12.3-Le psychodrame :

Il s'agit d'une technique intéressante à utiliser lorsque les enfants, les adolescents, ou même les adultes, supportent difficilement le face-à-face avec un thérapeute, ou qu'ils ne parviennent pas à exprimer directement leurs conflits. La séance dure une demi-heure. Un groupe composé au minimum de trois adultes va jouer deux ou trois petites scènes l'une après l'autre (comme au théâtre) improvisées par l'enfant, et d'une durée de dix minutes chacune environ.

Chaque adulte joue le rôle qui lui est désigné par l'enfant qui participe lui-même en tant qu'acteur. La règle veut que l'on ne touche pas et que personne ne garde son nom.

Un psychanalyste reste extérieur à la scène, ne participe pas mais observe, écoute et, à la fin, interprétera ce qui semble avoir eu du sens dans l'histoire de l'enfant. Pour ce faire, il s'appuie sur ce qui s'est passé dans ce jeu de rôles, et sur la manière dont l'enfant a joué et mis en scène les autres. En effet, dans ce cadre particulier, le jeune projettera sa problématique personnelle, ses conflits et ses émotions, sur les adultes et au travers du contexte de l'histoire. (Muriel Bertrand-Servais. 2004, pp86-87)

12.4-La chimiothérapie :

Les antidépresseurs tricycliques ont une efficacité clinique reconnue et utilisée chez l'enfant et l'adolescent à des posologies comprises entre 1mg/kg/jour et (3) mg/kg/jour. Les molécules les plus utilisées sont l'imipramine (Tofranil) plus stimulante, la clomipramine (Anafranil), et l'amitriptyline (Laroxyl) plus sédative. Le délai d'action est de (2 à 5) semaines. Le traitement dure (3 à 6) mois, avec début et arrêt progressifs. Parmi les antidépresseurs tétracycliques, la maproptiline (Ludiomil) et la miansérine (Athymil) sont bien tolérées. Les molécules de nouvelle génération comme la fluoxétine (Prozac) peuvent être utilisées chez l'adolescent. Les IMAO ne sont guère utilisés en France en raison des contre-indications et des effets secondaires. (Canoui. P. 1993, p213)

Le traitement des troubles maniaques et hypomaniaques de l'adolescent est comparable à celui de l'adulte, compte tenu de l'adaptation des doses. Il propose sur les neuroleptiques sédatifs. L'utilisation secondaire des thymorégulateurs à cet âge sous-entend soit la résistance aux neuroleptiques soit l'existence de rechutes maniaques ou bipolaires. Le lithium (Théralite) et la carbamazépine (Tégréto) auraient une efficacité comparable à celle observée chez l'adulte. (Canoui. P. 1993, p213)

Conclusion :

Les troubles dépressifs peuvent apparaître à l'adolescence, période de plus grande vulnérabilité et de mal-être, et se traduire par une grande souffrance psychique. La dépression a un impact sur la vie quotidienne des adolescents et peut s'exprimer par une irritabilité, des plaintes somatiques ou de l'agressivité, un désinvestissement scolaire. Tel que l'échec scolaire qui est la troisième variable de notre étude et qui sera présenté dans le chapitre qui suit.

Chapitre 4 : Echech scolaire

Préambule

1-L'histoire de l'échech scolaire

2-Définition de l'échech scolaire

3-Les différentes approches de l'échech scolaire

4-L'influence du milieu familial sur les résultats scolaires

5-Le rôle de l'équipe éducative face aux difficultés des élèves

6-Echech scolaire et blessure narcissique

7-la prise en charge des adolescents en échech scolaire

Conclusion

Préambule :

L'échec scolaire est un phénomène qui touche une fraction importante de la population sur tous les niveaux. Pour cette raison qu'il suscite la curiosité des chercheurs du fait qu'il constitue le centre d'intérêt de nombreuses recherches.

Dans ce travail nous traitons l'échec scolaire en commençant à citer son histoire pour ensuite donner une définition sur l'échec scolaire, on abordera l'influence du milieu familial sur les résultats, le rôle de l'équipe éducative face aux difficultés des élèves on explorera les théories de l'échec scolaire, définition de l'échec scolaire et ces blessures narcissiques, les types de problèmes scolaires enfin nous conclurons ce chapitre par en parler de la thérapie de ce dernier.

1-L'histoire de l'échec scolaire :

C'est en (1960) qu'apparaît en France le terme (d'échec scolaire) auparavant on ne parle que des insuccès exceptionnels ou folkloriques de certains élèves, l'échec scolaire en tant que problème social ou en tant que phénomène massif est inconnu. Pourtant les données statistiques de (1959, 1960) indiquent que plus de (25%) des enfants redoublent le cours préparatoire, (60%) des élèves de « CEM 2 » sont en retard, (50%) à peine passent en sixième (10%) de jeunes seulement sont bacheliers et (50%) de la population de plus de (25ans) n'ont aucun diplôme.

Très vite au cours des années (60) on assiste à une explosion de la notion de l'échec scolaire (Isambert-Jamati) qui va de pair avec l'explosion scolaire (celle des collèges). Les réformes de (1959/1963) décident du prolongement de la scolarité jusqu'à l'âge de (16ans) et la création des collèges d'enseignement secondaire. Entre (1950 et 1965) la toux adolescent fréquentant le premier cycle d'enseignement secondaire passe de (26% à 55%) simultanément. Le discours public insiste sur le rôle primordial qui revient à la scolarisation et à la formation dans le développement technique et économique. (Champy Philippe et Christiane Eteve, 1998, p310)

C'est alors que naît l'échec scolaire. Il devient un problème à partir du moment où la scolarité au delà du primaire et un niveau d'étude correct devient la norme. L'idée du collège pour tous (réformes Bertoinet Fouch vers 1960) et celle du collège unique (réforme Haby, 1975) génèrent l'idée de l'échec scolaire. Cette notion connaît une deuxième expansion avec la seconde explosion scolaire (celle des lycées et universités). Dans les années (80. I) .

La loi d'orientation sur l'éducation de (1989) fixe de nouveaux objectifs au système scolaire. Le taux de bacheliers passe de (20%) en (1975) à (50%) en (1990), dans la même période la proportion de jeunes scolarisés à 18ans passe de (60%) à plus de (80%), la réussite scolaire semble plus que jamais nécessaire à la réussite sociale. La préoccupation et la peur de l'échec croissent en même temps que l'exigence de réussite. Une troisième vague apparaît au tournant des années (90) avec la montée du chômage, notamment celui des jeunes et des (exclusions). ».

A partir du moment où la rentabilité de la formation scolaire, s'affaiblit et où la menace du chômage touche de plus en plus de jeunes diplômés, la notion d'échec scolaire s'étend à toutes les filières et structures d'enseignement qui ne garantissent plus l'insertion professionnelle et sociale. Par exemple, les détenteurs du baccalauréat sont deux fois plus nombreux qu'en 1975 mais les bénéfices réels de sa possession ont diminué dans les mêmes proportions d'où le paradoxe de l'échec scolaire : « plus le niveau monte et plus l'échec scolaire monte aussi » d'après les propos de « Baudelot et Establet ». (Champy Philippe et Christiane Eteve, 1998, p310,).

2-Définition de l'échec scolaire :

La notion d'échec scolaire est d'usage courant de nos jours, problème social qui implique très souvent une atteinte de l'image de soi-même parvenant à une dépression chez l'enfant ou l'adolescent parfois. Citant par là certains auteurs qui ont assez décortiqué ce phénomène répondons nous trouvons :

Khadija hadj Boulenouar par ces propos l'échec scolaire : « c'est lorsque un enfant ou un adolescent ne pourra acquérir toutes les compétences et les connaissances nécessaires à son évolution intellectuelle, et cela aboutit à ce que le sujet ne puisse dans son parcours scolaire passer chaque année à la classe suivante. (Hadj Boulenouar Khadija 2006, p6).

Ainsi il ne pourra arriver au terme d'une scolarité normale afin d'être à l'âge adulte, professionnellement et socialement intègre ». (Hadj Boulenouar Khadija 2006, p6).

Aissa Khaled Chaib : « c'est la situation d'un élève qui ne parvient pas à réaliser son potentiel individuel .qui est la conséquence de l'incapacité de l'élève à acquérir les connaissances de base, et donc celle de son impossibilité d'aller au terme de sa scolarité ». (Chaib Aissa Khaled, 1995. p61).

3-Les différentes approches de l'échec scolaire :

3.1-Approches de handicap socioculturel:

Il existe trois perspectives théoriques qui abordent ces handicaps (Ogbu, (1978), Charlot et Al, (1992)) la première à laquelle on peut rattacher les travaux de Bernstein(1975), Snyders(1976) et de Lautrec(1980), elle met en avant l'absence chez certains enfants des bases culturelles linguistiques à la réussite scolaire.

La seconde perspective met l'accent sur le conflit culturel, c'est-à-dire les jeunes issus des milieux populaires grandiraient au sein d'une culture différente de la culture dominante. Leurs valeurs, les attitudes et leurs styles cognitifs diffèrent de ce qui est requis pour la réussite scolaire puis, plus tard, pour la réussite scolaire .la responsabilité de l'échec peut alors être associée aux familles qui n'ont pas su favoriser cet accès à la culture ; elle peut également être associée à l'école qui ne prend pas assez en compte les valeurs des classes populaires. Mais on peut également considérer que l'école n'a pas su s'adapter à cette population. Telle est la thèse sous-jacente à la troisième perspective qui met en avant l'existence de déficiences institutionnelles.

L'école favoriserait les classes moyennes et supérieures à travers les programmes qu'elle développe, les filières qu'elle propose, les faibles attentes des enseignants relatives aux enfants issus de classes défavorisées et les faibles niveaux d'aspiration susceptibles d'en résulter chez ces derniers. (Coslin Pierre G, 2004, p93-94).

Bourdieu et Passerons (1970), considèrent ainsi que les compétences culturelles prises en compte par le système scolaire sont celle de la classe dominante. Les enfants se trouvent inégalement distants de la culture scolaire et donc inégaux devant les études, c'est en ce sens que l'école contribuerait à reproduire et légitimer la hiérarchie des positions sociales.

Pour Baudelot et Estabet (1971), l'école serait en outre divisée en deux filières pratiquement étanches, l'une associée aux études secondaires et supérieures, l'autre aux études primaires et professionnelles. A la première correspondrait la formation des intellectuels et des élites ; à la seconde, celle des travailleurs (Coslin Pierre G, 2004, p93-94).

La proche de l'handicap déduit que la réussite est répondeur par les deux facteurs ; familial et social qui sont les deux pools essentiels pour l'enfant ou l'adolescent

3.2-Approche psychosomatique :

Pour P.Maty, l'échec scolaire est un phénomène aussi complexe qui vient imposer un destin blessant et peu valorisant à l'enfant ou à l'adolescent. On ne peut pas le comprendre sans s'interroger sur le poids d'une maladie ou d'une atteinte somatique qui influe sur le fonctionnement de l'enfant ou l'adolescent à l'école et sur sa manière de gérer les obligations que lui pose cette dernière, notamment lorsque cette maladie lui impose une réorganisation importante dans sa vie. (Arar Fatima, 1999, p82)

Si l'appareil psychique aura directement à gérer le poids des excitations de tout genre que pourra générer ce type de situation, il ne faut sans doute, pas oublier que ce même appareil a continuellement à réguler et à gérer ce qui se passe au niveau des systèmes qui lui sont subordonnés, et en cas de débordement de l'appareil psychique, ce travail de régulation et de gérance sera perturbé et les différents appareils fonctionnels subiront les contrecoups de ces débordements.

Pour P. Marty, l'échec scolaire est un phénomène complexe, dans lequel il faut s'interroger sur le poids d'une atteinte somatique, qui peut influencer le fonctionnement de l'enfant ou l'adolescent à l'école. (Arar Fatima, 1999, p82)

3.3-Approche psychanalyse (1895) :

La psychanalyse est pour longtemps demeurée sur l'idée que l'échec scolaire est une manifestation de l'inhibition. Toutefois, si actuellement de nombreux psychologues cliniciens font encore de l'inhibition intellectuelle un début d'explication de l'échec scolaire. (Hadj Boulenouar Khadîdja, 2006, p8).

Les psychanalyses constatent par le contexte clinique et familial, qu'il est un bien parfois un symptôme au sens freudien du terme, c'est-à-dire qu'il est «indice et substitut d'une satisfaction pulsionnelle qui n'a pas eu lieu, un succès du processus de refoulement.

Le refoulement procède du moi qui, éventuellement par mondât du surement, ne veut pas prendre part à un investissement pulsionnel incité dans le ça, le moi parvient pas le refoulement à ce que la représentation, qui était porteuse de la motion désagréable soit tenue à l'écart du devenir conscient.».

L'échec scolaire a donc pour signification une satisfaction substitutive de la pulsion inassouvie et témoigne d'une formation de compromis. La théorie psychanalytique a considéré l'échec scolaire comme une manifestation de l'inhibition intellectuelle. (Hadj Boulenouar Khadîdja, 2006, p8).

4-L'influence du milieu familial sur les résultats scolaires :

C'est sans doute en évidence de dire que la famille est le premier système social par lequel le jeune enfant acquit et développe des compétences sociales et cognitives. L'investissement familial dans l'éducation des enfants, que ce soit de base à âge ou adolescent va amener à inciter à des attitudes plus positives à l'égard de l'école, améliore les habitudes de travaille à la maison, réduit l'absentéisme et le décrochage scolaire ce qui avancera aussi à un effet positif.

La participation des parents est le premier facteur pour une amélioration des résultats qui ce noms par divers façon :

-Aide ou conseil pour les devoirs.

-Financement de cour particulier en dehors de l'école.

-Encouragement informel a l'apprentissage.

-Conseils et soutien dans le choix des options. . (Sandrine Maury, 2008 .P4).

Donc la genèse de l'éducation ce résulte dans le system familial, qui est le pilier pour un bon développement des compétences sociales et cognitives .la participation des parents dans les études de leurs enfants, permet a ces dernier d'accroître leurs envie d'étudier et amélioré.

5-Le rôle de l'équipe éducative face aux difficultés des élèves :

5.1 L'équipe pédagogique:

Lors des réunions de concentration organisées entre professeures et conseils d'enseignement réunissant les professeurs d'une même matière qui dresse le bilan des projets menés et qui établit ceux à venir, permettent de préparer des actions pour aider au mieux les élèves et cerner leurs profils afin d'essayer de traiter les problèmes particuliers d'un ou plusieurs élèves qui les a mener à des échecs répétés.

On conclut que l'équipe pédagogique sont considère les mieux place dans l'établissement afin de traite les problèmes des élèves en échec scolaire.

5.2 L'équipe médicosociale :

5.2-1 Infirmière scolaire :

Les missions des infirmières scolaires contiennent un pant médical. Mais également éducatif puisque ces derniers partagent des fonctions communes avec d'autres personnels des établissements, ainsi ils doivent aider les élèves à construire leurs projets professionnels et personnels, plus encore être attentifs aux élèves en difficulté. (Sandrine Maury, 2008 .pp4-5).

Donc les infirmières scolaire, leurs rôles ne consiste pas juste d'occulté les élèves ayant des problèmes de sante, ces derniers participe même a leurs écoutes

5.2-2 L'assistante sociale:

Le rôle de l'assistante du service social est d'apporter écoute et conseil aux élèves en échec scolaire mais aussi de trouver les origines des problèmes qui les lient à cette base de notes. Cette dernière joue également le rôle de médiateur à qui on peut signaler un élève qui semble en difficulté financière ou psychologique dans sa famille. (Sandrine Maury, 2008, pp 6-7).

L'assistante sociale est considérée donc ayant le rôle d'être sur tous les fronts, face à L'élève en échec scolaire.

5-2-3 Le conseiller d'orientation "psychologue":

En tant que point d'appuis supplémentaire pour les adolescents en mal de parole. On trouve le conseiller d'orientation psychologue. Ce dernier aide les élèves à construire leurs projets d'orientations scolaire mais aussi professionnel et intervient beaucoup face à la difficulté scolaires qu'il présente. Ce qui incite le psychologue à effectuer des tests précis pour répondre au mieux au profil de l'élève. (Sandrine Maury, 2008, pp 6-7).

Le psychologue est considéré le guider pour l'ouverture de multiple voix des élèves en échec scolaire.

5.3-L'équipe de direction (le chef d'établissement et son adjoint):

Le chef d'établissement est le représentant de l'état qui est secondé par un adjoint qui tous deux doivent mener à bien des tâches pédagogique, éducatives.

Et administratives. Leur champ d'action notamment permet de favoriser la réussite des élèves et l'organisation d'une aide adaptée aux élèves les plus en difficulté. . (Sandrine Maury, 2008, pp 6-7).

6-Echec scolaire et blessure narcissique :

L'échec ou plus largement la difficulté scolaire est de loin le premier motif de consultation auprès des psychologues, qu'ils exercent à l'école, en institution, ou libéral. L'échec prend différentes formes:

Il va de l'impossibilité à suivre sans aide ou parcourir aménagé une scolarité à des troubles dans une discipline en passant par tous le spectre des difficultés d'apprentissages. Qui rendent quelque fois le cursus laborieux, porteur d'angoisse. Et plus tard lorsque l'obligation scolaire est dépassée de décrochage et d'abandon.

Souvent aussi l'échec est à bas bruit avec son cortège de notes blessantes de remarque désobligeantes qui produisent l'ennui la morosité, voir la déprime. On le sait, le narcissisme parental est toujours engagé dans la réussite scolaire. L'enfant à l'école renvoie les parents à leur propre enfance scolaire, combien de parents lors de l'entretien à l'occasion par exemple d'un bilan psychologique pour leur enfant ou adolescent expriment largement la souffrance qui fut la leur. Et qui des années plus tard apparaissent toujours intacte vive. (Georges Cognet, François Marty, 2007, p35).

Combien d'ancien mauvais élèves n'osent pas se présenter devant les enseignants de leurs enfants et est alors douloureux la répétition d'une génération l'autre, de l'échec scolaire et la perte des espérances et des idéaux portés à titre de réparation sur les enfants ou les adolescents. (Georges Cognet, François Marty, 2007, p35).

Il est défini que être face à l'échec scolaire de ces enfants peut faire ressortir toutes les blessures narcissiques refouler chez les parents.

7-La prise en charge des adolescents qui ont un échec scolaire :

On peut objecter que l'échec scolaire n'est qu'un symptôme et qu'il importerait de se concentrer sur les causes, il est, je pense indispensable que le thérapeute ait élucidé les facteurs de l'échec, et analysé les motivations. (Docteur Cyrille Cahen, 1996, p112.)

Le thérapeute, s'il réussit à contribuer à rétablir la dimension fondamentale de l'auto-estime, ainsi en s'attaquant à la zone de souffrance la plus apparente, il atteint des couches plus profondes sans en faire expressément l'objet de l'analyse. Il améliore également les relations sociales et familiales du sujet.

L'avantage d'une telle intervention est qu'elle peut être brève et qu'elle évite de déstabiliser le sujet en le touchant. Par contre chez l'adolescent (approximativement après 15ans), il est difficile de résoudre le problème scolaire, social, philosophique ou religieux, car la situation d'échec scolaire est souvent Co-déterminée par des angoisses ou des rationalisations idéologiques dont on ne peut faire abstraction.

Dans tous les cas de figure, il est toujours bénéfique d'aider un sujet à surmonter son échec scolaire qui est si souvent le prologue de l'échec scolaire social. Le rétablissement de la confiance en soi qui en résulte se fera sentir dans d'autres domaines que la scolarité. (Docteur Cyrille Cahen, 1996, p112.)

Conclusion

En termes de cette analyse .on conclut que l'échec scolaire est un sujet qui fait couler beaucoup d'encre, ce qui fait parfois l'obligation d'une psychothérapie. L'apparition de multiples approches s'intéressant à l'échec scolaire ne pas cesser de s'accroître .ce dernier est un phénomène qui rend la collaboration des psychologues, équipe pédagogique et le milieu familial important .afin d'améliorer en diminuant le têt d'échec scolaire.

Ce chapitre d'échec scolaire sera le dernier chapitre présenté dans la partie théorique de notre étude, pour qu'on passe à la partie pratique qui englobe deux chapitres, chapitre n°5 qui va porter sur la démarche de l'étude et le chapitre n°6 qui sera consacré à l'analyse et à la discussion des hypothèses.

Partie pratique

Chapitre 5 : La démarche de l'étude

Préambule

1-Définitions opérationnels des concepts clés

2-La pré-enquête

3-la méthode utilisée

4-présentation de L'échantillon de la recherche et ses critères

5-Présentation du lieu de recherche

6-Outils de l'étude

6.1-L'entretien clinique

6.2-L'échelle (MDI-C)

Conclusion

Préambule :

La recherche scientifique nécessite, en plus de l'approche théorique et conceptuelle, une démarche à suivre pour réaliser une étude auprès d'un phénomène donné.

Au cours de ce chapitre, on va tracer les étapes de la réalisation de notre étude sur « l'impact de la dépression sur l'échec scolaire chez les adolescents », on commençant par la définition des concepts clés puis nous allons à la présentation de la démarche utiliser durant tout notre travail, pour passer à la présentation de lieu de notre étude ainsi que l'échantillons de recherche et ses critères et vers la fin de ce chapitre on va présenter les outils utilisés dans notre étude à savoir l'entretien clinique et l'échelle de dépression pour enfant et adolescent,(MDI-C).

1-Définitions opérationnels des concepts clés :**1.1-L'adolescence :**

L'adolescence est une phase transitoire dans la vie de l'être humain, elle se situe entre l'enfance et l'âge adulte. L'adolescence est la période la plus difficile dans la vie.

1.2-Dépression :

Il s'agit de changement d'humeur temporaire qui entraîne des symptômes émotionnels (l'anxiété, la tristesse l'asthénie), physiques (les troubles de sommeil, les troubles alimentaires), comportementaux et cognitifs (le ralentissement psychomoteur, l'agitation, difficulté de concentration).

1.3-Echec :

Est une situation qui résulte d'une action n'ayant pas abouti au résultat désiré.

1.4-Echec scolaire :

L'échec scolaire regroupe trois grands types de problèmes: des difficultés d'adaptation à la structure scolaire, mais aussi des difficultés d'apprentissage et des perturbations du cursus scolaire.

2-La pré-enquête :

La pré-enquête est en effet l'une des étapes les plus importantes dans la recherche scientifique notamment dans le domaine des sciences humaine et sociales, car elle permet de recueillir des informations concernant le thème de la recherche que sur la population visée.

Avant l'élaboration d'un travail de recherche, le chercheur dans son domaine doit d'abord effectuer une pré-enquête qui consiste à définir le lien entre le cadre conceptuel et les faits réels.

Afin de bien cerner l'objet de notre étude et d'en tirer notre hypothèse, ainsi de mieux maîtriser la passation de notre échelle, nous avons effectué une pré-enquête auprès de CEM Chouhada Warrouf de la wilaya de Bejaia durant une période de deux (02) mois là en a effectué une observation auprès de ces adolescents et on a été orienté par la psychologue de CEM concernant les cas sur lesquels notre pré-enquête effectuée,

Le but de cette pré-enquête est de s'assurer de la faisabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et du guide d'entretien. Etant donné que tout travail de recherche requière une pré-enquête, on s'y est appliqué. D'abord on a commencé notre pré-enquête par une observation de notre population d'étude, cette technique d'observation nous a permis d'avoir une idée sur la vie des adolescents au sein de collège, les conditions et les difficultés qui se rencontrent ces adolescents dans le CEM, les différentes tâches effectuées chaque jour, et aussi en vue de comprendre ce que ces adolescents manifestent quelque signe dépressifs.

Nous étudions l'impacte de la dépression sur l'échec scolaire chez les adolescents, en utilisant un entretien et une échelle composite de la dépression pour enfant et adolescent, cette pré-enquête nous a permis de cerner notre population d'étude et la réorganisation de notre guide d'entretien en vue d'atteindre nos objectifs.

3-La méthode utilisée :

Nous avons opté pour la méthode clinique, qui semble être la plus appropriée aux objectifs de notre étude, car elle va nous permettre d'étudier et analyser le sujet en tant que cas individuel en évolution continue, qui a une histoire personnelle, familiale et scolaire. (Pardinielli J. L. 1994, p63).

Pour Pedinielli : « cette méthode regroupe l'ensemble des techniques utilisables en présence de l'individu concerné et qui vise à recueillir ses différentes expériences en limitant les contraintes qui pèsent sur le recueil ». (Pedinielli J.L. 1994, p63).

De ce fait, cette méthode est susceptible d'enrichir le clinicien par un grand nombre d'informations.

La méthode clinique vise donc à créer une situation, avec un degré faible de contrainte, en vue de recueil d'informations qu'elle souhaite le plus large et le moins artificiel possible en donnant au sujet des possibilités d'expression.

La spécialité de cette méthode repose sur son refus d'isoler ces informations et sa tentative de les regrouper en les remplaçant dans la dynamique individuelle. Elle est destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants, elle ne peut que se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité. Le travail du psychologue a pour objet l'individu: la méthode clinique rapporte les faits observés à l'individu et s'organise autour de l'étude de cas.

Cette démarche clinique, pourrait comporter deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelle, entretien...) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (Pedinielli. J.L. 2006, pp32-33).

3.1-Etude de cas :

L'étude de cas qui fait partie de ces méthodes, elle permet de souligner la perception de la réalité des personnes étudiées, celle-ci consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. (Chahraoui. K. Bénony. B, 2003, p.125-126)

L'avantage de l'étude de cas comme méthode de recherche, est qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (histoire affective, relationnelle cognitive etc.) elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux. (Chahraoui. K. Bénony. B, 2003, p.127)

4-Présentation de L'échantillon de la recherche et ses critères :

Le choix des cas sur lesquels s'est portée notre étude, répond à trois critères de base : tous les cas sont scolarisés au CEM, et qui sont âgés entre (14 et 17 ans), et aussi tous les cas ont redoublé en moins une fois, et notre étude s'est portée sur une population des adolescents scolarisés et qui parlent tous la langue maternelle (kabyle).

Tableau n°1 : tableau récapitulatifs des caractéristiques de notre échantillon de recherche

Nom	âge	Niveau scolaire
Hamid	15	4 ^{ème} année moyenne
Melissa	16	4 ^{ème} année moyenne
Bilal	16	4 ^{ème} année moyenne
Saliha	14	3 ^{ème} année moyenne
Yassine	17	3 ^{ème} année moyenne
Manissa	17	4 ^{ème} année moyenne
Lamine	16	4 ^{ème} année moyenne
Hoda	15	3 ^{ème} année moyenne

D'après ce tableau, on constate que la majorité des cas qui constituent notre population d'étude sont des jeunes adolescents scolarisé au CEM et le niveau d'instruction entre (3^{ème} et 4^{ème}) année moyenne et qui ont l'âge entre (14 et 17 ans)

5-Présentation du lieu de recherche :

Afin de pouvoir réaliser cette étude et de s'approcher des adolescents qui ont un échec scolaire, nous avons effectués un stage pratique au sein de (CEM Chouhada Warrouf) de la wilaya de Béjaïa.

Ce CEM au quel on a effectué notre stage est situé a quelque metre du siège de la wilaya de Bejaïa, ouvert en (1981) ce dernier est constituer de (33) enseignants et (10) administrateurs et une psychologue ainsi que de (639) élèves.

6-Outils de l'étude :

Dans notre recherche, on s'est basé sur « **la méthode clinique** » qui semble être la plus adéquate pour répondre aux objectifs de notre étude. On va utiliser deux techniques d'investigation, l'entretien clinique et l'échelle composite de dépression pour enfants et adolescents (MDI-C), car ces deux derniers répondent à la nature de notre recherche.

6.1-L'entretien clinique :

L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue. Qu'il soit à visée thérapeutique ou diagnostique ou encore dans un but de recherche, l'entretien se fonde sur la parole. La prise de parole permet aux partenaires de se représenter et de se situer dans le dispositif. (Capdevielle. V et Doucet. C. 2002, p76).

Selon Blanchet. A : « l'entretien clinique est construit autour d'un projet générale d'amélioration de la situation psychique du patient, nécessairement fondé sur une représentation (implicite ou explicite) de l'appareil psychique, de ses dysfonctionnement, voire des causes éventuelles de ses pathologies ».

L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens ; il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation. L'entretien clinique fait partie des techniques d'enquête, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet, dans le sens, ou l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique. (Hervé Benony et al, 1999, p45-46)

Il existe différents types d'entretien clinique : directif, libre et semi directifs, on a opté pour l'utilisation de ce dernier, car la nature de notre recherche a nécessité l'adoption d'un entretien clinique semi-directif.

6.1.1-L'entretien semi-directif :

Pour vérifier les hypothèses de notre recherche, l'entretien semi-directif, semble le plus adéquat. Il se définit comme suit : « la situation ou le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple ». (Chiland. C, 1983, p11)

Il s'agit aussi d'un entretien où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (Benony. H & Chahraoui.KH. 1999, p60)

6.1.2-Le guide d'entretien :

Pour mener en pratique notre entretien on a utilisé un guide d'entretien composé de quatre axes : Les trois premiers axes permettent de comprendre l'adolescent dans son entourage familial et la qualité relationnelle entre les membres de sa famille, et aussi ses relations à l'école avec ses enseignants et les autres élèves, et pour comprendre bien les causes qui poussent l'adolescent à échouer.

Le dernier axe permet de voir si ces adolescents manifestent des symptômes dépressifs.

Axe n°1 : Comprend des renseignements personnels.

Axe n°2 : Comprend des questions sur le vécu de l'adolescent dans le milieu familial.

Axe n°3 : Comprend des questions sur le vécu de l'adolescent dans le milieu scolaire.

Axe n°4 : Comprend des questions sur la symptomatologie dépressive.

6.2-L'échelle (MDI-C) :

Parmi les différents outils qui sont utilisés pour évaluer la dépression et plus précisément chez les adolescents, on trouve l'échelle composite de dépression de David. J. B & Charles. F.K, (MDI-C) pour enfants et adolescents en (1996).

6.2.1-Présentation de l'échelle :

L'échelle composite de dépression pour enfants et adolescents (MDI-C) est une auto-évaluation de la dépression et de ses caractéristiques associées. Etalonnée pour les enfants et les adolescents de (8 à 17 ans), la (MDI-C) permet l'expression de sentiments et de croyances personnelles. La (MDI-C) est le premier test de dépression pour enfants. (David. J. B & Charles. F.K. 1999, p1)

La (MDI-C) est composée de (79) items présentés sous la forme de courtes phrases rédigées dans un format de réponse de type vrai/faux. Elle permet d'obtenir des notes sur huit échelles, ainsi qu'une note totale mesurant la sévérité globale de la dépression. L'instrument peut être administré en groupe ou en passation est de (15 à 20 minutes).

6.2.2-Les sous échelles de la (MDI-C) :

Les paragraphes suivants décrivent brièvement les échelles de la (MDI-C). Tous les items et toutes les échelles sont cotés de telle manière qu'une note élevée présente une plus grande sévérité de la dépression. (26) items représentent des états mentaux, émotionnels et physiques positifs et sont donc cotés négativement, ce qui signifie qu'une réponse négative (faux) augmente le score brut de l'échelle à laquelle appartient cet item.

Des (79) items de la (MDI-C), (78) sont affectés à des échelles. L'item (45) (« j'ai un plan pour me suicider ») fonctionne comme un indicateur de risque suicidaire, mais n'apparaît sur aucune des échelles. Un indice de réponse rares comprennent un item de chaque échelle indique si un protocole a été rempli de manière négligente ou fantaisiste. Le score obtenu pour chacune des échelles se présente sous trois formes : une note brute, un percentile et une note totale. Ces scores sont placés sur un profil qui facilite l'appréhension globale de la (MDI-C).

-Anxiété : cette échelle de (11 items) mesure les aspects somatiques et cognitifs de l'anxiété.

-Estime de soi : les (08 items) de cette échelle visent à traduire les perceptions et les évaluations que les enfants ont d'eux-mêmes.

-Humeur triste : la note de cette échelle, qui comprend (8 items), reflète affectif actuel du sujet.

-Sentiment d'impuissance : les (11 items) de cette échelle mesurent la perception qu'a l'enfant de sa propre capacité à gérer des situations sociales afin d'en tirer des bénéfices courants. (David. J. B & Charles. F.K. 1999, pp1-2)

-Introversion sociale : Les (10 items) de cette échelle reflètent la tendance au repli face à des situations sociales ou des contacts sociaux.

-Faible énergie : Cette échelle de (8 items) est conçue pour mesurer l'intensité cognitive de l'enfant et sa vigueur somatique.

-Pessimisme : les (9 items) de l'échelle de pessimisme mesurent la version qu'a l'enfant de son avenir et l'étendue de son découragement.

-Provocation : les (13 items) de l'échelle de provocation mesurent à la fois des problèmes de comportement et d'irritabilité.

Est le tableau ci-dessus présent les différents items de chaque échelle de la (MDI-C).

Tableau n°2 : Tableau récapitulatif des items de chaque échelle de la (MDI-C) :

Les échelles	Les items
Anxiété	Les items : (n°1, 3, 13, 22, 23, 36, 37, 47, 48, 54, 70)
Estime de soi	Les items : (n° 2, 11, 21, 49, 50, 66, 69, 71)
Humeur triste	Les items : (n° 8, 29, 40, 41, 51, 60, 77, 78)
Sentiment d'impuissance	Les items : (n° 7, 17, 19, 28, 39, 44, 56, 58, 59, 75, 76)
Introversion sociale	Les items : (n° 6, 16, 24, 27, 38, 52, 57, 64, 74)
Faible énergie	Les items : (n° 12, 14, 20, 32, 33, 34, 53, 68)
Pessimisme	Les items : (n° 5, 10, 18, 31, 43, 46, 62, 63, 76)
Provocation	Les items : (n° 4, 9, 15, 25, 30, 35, 42, 55, 61, 65, 67, 72, 73)

La somme des (79 items) (l'indicateur du risque suicidaire inclus) constitue une mesure globale de la dépression appelée note totale de la (MDI-C). Le score total est une mesure générale de la sévérité de la dépression. (David. J. B & Charles. F.K. 1999, p2)

6.2.3-Consignes :

Voici des phrases sur des choses que l'en pensent ou ressent. Lis chacune de ces phrases et décide si, habituellement, tu éprouves la même chose.

Si c'est vrai, entoure la lettre V (vrai) qui se trouve à côté de la phrase, si habituellement tu n'éprouves pas la même chose, entoure la lettre F (faux) qui se trouve à coté de la phrase.

Tu peux entourer soit le V soit le F, mais tu ne peux pas entourer à la fois le V et le F.

Ne saute aucune phrase s'il te plait. Il n'ya pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Lit attentivement chaque phrase, puis entoure la lettre V ou F.

6.2.4-La cotation :

La cotation de la (MDI-C) se fait de cette manière : elle comporte neuf scores : une note totale basée sur l'ensemble des items et des notes pour les huit échelles qui comportent chacune leurs propres items. Les items sont cotés dans le sens d'une plus grande sévérité de la dépression ; ainsi, plus le score brut est élevé, plus l'enfant exprime des sentiments dépressifs sévères.

Les notes des échelles rendent compte des caractéristiques suivantes : anxiété, estime de soi, humeur triste, sentiment d'impuissance, introversion sociale, faible énergie, pessimisme, et provocation. Il existe un item relatif au suicide (item 45), unique et additionnel, qui n'est coté sur aucune des échelles mais qui est inclus dans le calcul de la note totale. (David. J. B & Charles. F.K. 1999, p4-5)

6.2.5-Interprétation de la note totale et les note des échelles :

Une caractéristique-clé de la (MDI-C) est de permettre une mesure des multiples aspects de la dépression. En plus de la note totale, mesure globale des symptômes liés à la dépression, l'instrument contient des échelles qui se réfèrent à des signes largement admis pour accompagner la dépression ou y contribuer. Comme le manuel diagnostique et statique des troubles mentaux (DSM-IV, Masson, 1996) l'indique, la dépression a de nombreuses caractéristiques. (David. J. B & Charles. F.K. 1999, p11)

Chez un sujet donné, seules certaines de ces caractéristiques peuvent être présentes et elles peuvent fortement varier dans leur intensité. Le principal objectif de la (MDI-C) est de fournir des mesures réellement indépendantes des caractéristiques de la dépression.

Tableau n°3 : Tableau récapitulatif de trois niveaux d'interprétations :

Le score	Le niveau d'interprétation
(56-65)	Une dépression faible à modéré
(66-75)	Une dépression modérée à sévère
(75)	Une dépression sévère

Pour chacune des échelles (MDI-C), y compris pour la note totale, il y a trois niveaux d'interprétation : les notes T comprises entre (56 et 65) indiquent des niveaux de symptomatologie en relation avec une dépression faible à modéré, les notes comprises entre (66 et 75) indiquent des symptômes modérés à sévères et les notes supérieurs à (75) indiquent des symptômes sévères.

La note totale qui est comprise dans un intervalle de (0 à 79), mesure la sévérité globale de la dépression. Des sujets ayant une note totale supérieure à (65) sont souvent d'une humeur triste ou « broient du noir ». Ils peuvent être irritables, se sentir impuissants, sans espoir et manquer d'énergie. Les symptômes végétatifs de la dépression peuvent être présents et doivent être évalués. Ces symptômes comprennent l'insomnie, les réveils très matinaux, la perte de poids pendant une durée très courte. (David. J. B & Charles. F.K. 1999, p11-12)

Conclusion

De nos résultats obtenus, on conclut qu'il n'y a pas de travail scientifique possible sans aucune démarche à suivre ce qui a permis de comprendre le déroulement de notre démarche descriptive adoptée et la nécessité de l'étude du cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais aussi apprendre l'utilisation des techniques à suivre c'est-à-dire l'échelle de MDI-C et le guide d'entretien qui nous ont permis de vérifier nos hypothèses.

Chapitre 6 : Analyse et discussion des résultats

1-Présentation et analyse des résultats selon les cas

2-Discussion des hypothèses

Nous proposons d'analyser les résultats de cette recherche sous forme d'une étude de huit cas cliniques. Pour cela, nous avons procédé à une analyse des entretiens des adolescents qui ont un échec scolaire, est une analyse des résultats de l'échelle de dépression (MDI-C) de David J.B et Charles F.K, pour enfants, suivant les axes de l'entretien ainsi qu'en fonction de notre hypothèse de départ.

1-Présentation et analyse des résultats selon les cas :

1.1-Présentation du cas n°1 « Hamid » :

«Hamid » jeune adolescent âgé de (15 ans) résidant à Bejaïa est le plus jeune d'une fratrie de deux enfants lui et une (01) seule fille âgée de (24 ans), scolarisé en (4^{ème}) année moyenne, et s'est trouvé en difficulté depuis sa rentrée au collège surtout avec le décès de sa mère qu'il rencontré récemment.

1.1.1-L'analyse de l'entretien :

L'entretien de « Hamid » s'est déroulé dans un climat plutôt tendu, ce dernier présenté comme dégoûté, retissant est allé jusqu'à nous dire «... euf ! Moi je déteste les psychologues. (Hochement de tête), ça me dégoûte et ça me rappelle lorsque mon père m'emmené chez le psychologue quand j'avais (10 ans) ». Après quelque échange avec « Hamid » on a réussi à obtenir sa sympathie d'accepter à répondre à notre entretien.

Concernant les relations familiales, notre sujet commence à nous confier quelques uns de ses souvenirs au vivant de sa mère qui est décédée récemment suite à un concert d'estomac qu'il avait découvert trop tard. Evoquant sa mère « Hamid » la décrit ayant un caractère fort avec beau physique : « ma mère était une très belle femme, cheveux Lang noire aux yeux vert, empathique elle était à l'écoute de tous le monde ». Quant à son père il s'est montré plutôt colérique par ce qu'il a refait sa vie « mon père est bien... (wach khessou) il n'a pas tardé à se remarier après la mort de ma mère. ».

On a remarqué que notre sujet consacré une grande importance et avait une relation très proche avec sa grande sœur « heureusement j'ai une sœur Dieu merci... et ma sœur de sang qui me procure beaucoup d'importance. ».

Quand nous avons proposé à notre sujet de nous en parler de sa scolarité ce dernier était plutôt agité présentant des manifestations d'angoisse à travers le non verbale de notre sujet. Malgré la bonne entente qu'il avait avec ses profs « Hamid » nous déclare être angoissé à l'école, crois même avoir une phobie de l'école; « J'entame de bonne relations avec mes profs... (Silence), je ressens toujours une certaine frayeur dès que je suis à l'école (crise de larmes)... aidez moi s'il vous plaît, même certains de mes profs l'on remarqué. ». Il est clair que notre sujet manifeste une souffrance psychologique face à ce problème qui le handicape à devenir souple à l'école.

« Hamid » se présente en étant un solitaire « J'ai mon propre monde, je préfère rester tout de seul, d'ailleurs je me sens plus motivé à étudier à la maison qu'à l'école ». Côté résultats notre sujet rencontre des difficultés à obtenir de bonnes notes actuellement. « Je ne comprends pas mes mauvaises notes ! Je désespère franchement... ».

« Hamid » se présente d'un adolescent, qui se laisse distraire lors des problèmes surtout concernant la famille « lorsqu'il ya des problèmes à la maison, je me laisse totalement distraire par ça, je peux même dire que c'est la cause de mes notes qui chut. »

Notre sujet manifeste un fort état d'estime de soi lorsqu'il parle de son redoublement « en ayant refais ma deuxième (02) année je ne vous cache pas j'ai déprimé, je voyais que je ne servais à rien. », notre sujet nous témoigne qu'il a rencontré beaucoup d'échecs dans sa vie concernant son redoublement et la vue de ces anciennes camarades qu'il l'on dépassé lorsqu'il était dans la même classe qu'eux, la rendu plus referme sur lui-même.

Absence d'un soutien familial qui le laisse se retrouver face à lui nous déclare-il : « je n'ai pas trouvé mon père lorsque j'ai eu le plus besoin de lui ... sa femme, (mahsebhach kamel) je sais quelle me déteste. »

Aucune motivation pour les études « je n'avais aucun goût pour mes études. même les matières que je maîtrise comme l'anglais j'avais l'impression de ne jamais l'étudier ».

Concernant sa santé « Hamid » rapporte plus tôt un comportement d'anxiété et d'angoisse ainsi que des manifestations psychomotrices (ronge ses ongles, bouge son pied ».

Ce dernier rencontre un manque d'appétit « je ne mange presque rien et je stresse beaucoup ».notre sujet déclare même présenter des troubles d'insomnies qui le laisse apparaitre comme un zombi par manque de sommeil « J'ai constamment des cernes par manque de sommeilet sa me gêne beaucoup ». sur le plan physique déclare avoir une faiblesse continuelle « . . je me sens presque tous le temps fatigue (silence), je me sens a bout de force ».

Plutôt colérique qui peut arriver jusqu'à utiliser même les mains pour donner des coups .ainsi que les violences verbales qui utilise constamment, il affirme en disant : « je me mets en colère rapidement, je sais je dois me contrôler, J'ai tendance a passer a l'acte sans réfléchir ». ce déclarant être de nature méfiante il dit « je ne fait confiance a personne, je préfère rester tous seul (n'as kheda3in) ». Par ces différents propos il est flagrant que notre sujet renvoie des caractéristique renvoyant a la dépression par tous les troubles qui manifeste ainsi les idées suicidaire qui n'aurait pas d'effleurer son esprit depuis un certains temps ». Concernant la question sur son avenir. On voit qu'il se noie dans un vert d'eau, il manifeste un sentiment de désespoir « je n'ai aucun avenir tous est noir et flou pour moi... Sens me sens dans un gouffre ».

1.1.2-L'analyse de l'échelle :

Tableau n° 4 : Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) cas « Hamid » :

Les notes des huit échelles de base			La note Totale	Interprétation de la note totale
N° de l'échelle	L'échelle	La note	68	Une dépression modérée à sévère
N° 1	Anxiété (A)	76		
N° 2	Estime de soi (SE)	72		
N° 3	Humeur triste (SM)	71		
N° 4	Sentiment d'impuissance (IH)	73		
N° 5	Introversion sociale (SI)	79		
N° 6	Faible énergie (LE)	76		
N° 7	Pessimisme (P)	74		
N° 8	Provocation (D)	68		

D'après le tableau ci-dessus, nous remarquons que les notes de « Hamid » sur les huit échelles de base varient entre (60 et 79).

Sa note de (79) sur l'échelle (n°05) (Introversion social), est la plus élevée, elle est obtenus à partir de ses réponses sur les items de cette échelle tel que l'item (n°57) (Je n'aime pas parler) et l'item (n°64) (A l'école, je reste tout seul) qui sont cotés positivement. Il a aussi deux notes élevées à (76) sur les deux échelles (n°01) (Anxiété) et (n°06) (Faible énergie), obtenus à partir des items de ces échelles, par exemple les items (n°54) (Je suis calme) et (n°12) (Je suis en pleine forme) qui sont coté négativement, et les items (n°22) (J'oublie beaucoup de choses) et l'item (n°32) (J'abandonne facilement) qui sont coté positivement.

« Hamid », a (04) notes élevées, qui sont : sa note de (74) sur l'échelle (n°07) (Pessimisme) et (73) sur l'échelle (n°04) (Sentiment d'impuissance), et (72) sur l'échelle (n°02) (Estime de soi) et en fin sa note de (71) sur l'échelle (n°03) (Humeur triste), ces dernières ont été obtenues à partir de ses réponses sur les items de ses échelles, par exemple sa réponse par « vrai » sur l'item (n°05) (Je pense beaucoup à la mort) de l'échelle (Pessimisme) et l'item (n°19) (Je ne m'amuse pas beaucoup) de l'échelle (Sentiment d'impuissance) et sa réponse par « faux » sur l'item (n°49) (Je m'aime bien) de l'échelle (Estime de soi), et l'item (n°29) (Je suis enfant heureux) de l'échelle (Humeur triste).

Sur l'échelle (n°08) (Provocation), il a une note moins élevée à (68) parmi ses réponses par « vrai » sur l'item (n°04) (Je m'attire des ennuis à l'école). Ainsi que sa réponse par « faux » sur l'item (n°25) (Je me tien bien).

La note totale de « Hamid » sur l'ensemble de la (MDI-C) est de (68/79), ce qui le situe dans la zone de dépression modéré à sévère selon le manuel de l'échelle.

1.1.3-Synthèse du cas « Hamid » :

Par les données de l'entretien on constate que la cote relationnelle de notre cas avec sa famille est entraînée par un conflit. Issu de famille recomposée ayant sa mère décédée, il ne voit aucun intérêt de vivre avec son père et sa belle mère. Le niveau scolaire de notre cas s'est dégradé de plus en plus après le décès de sa mère qu'il a rencontré récemment, ce qui explique le manque de motivation dans ses études.

Ses résultats ont été renforcés par le score total de l'échelle (MDI-C) qui est de (68) ainsi que ses notes sur les huit échelles de base qui sont presque toutes élevées, ce qui situe notre cas dans la dépression modéré à sévère.

A partir de ces résultats, on peut dire que « Hamid T.A » manifeste une dépression, et notre hypothèse « la dépression a un impact sur l'échec scolaire chez les adolescents » est confirmée.

1.2-Présentation du 2^{ème} cas « Melissa » :

« Melissa » jeune adolescente âgée de (16 ans) réside à Bejaia ville. Est scolarisée en (4^{ème}) année moyen au CEM chouhada warrouf. Elle est la cadette d'une fratrie de trois (03) enfants, son grand frère qui habite en France, elle est son petit frère de neuf (09) ans.

Notre cas reconnais a travers ces dire quel est une fille sage mais plutôt nerveuse. C'este derniers temps même désobéissante jusqu'à arriver à blesser les gens verbalement quelque fois. Étant en échec scolaire causer par les problèmes quel rencontre quotidiennement a la maison, qui sont les disputes de ces parents qui la rende une pâque de nerfs quelque fois selon ces propos.

1.2.1-Analyse du cas « Melissa » :

L'entretien avec « Melissa » c'est dérouler dans un climat tendu au début, ce n'ai que après lui avoir expliqué les raison de sa présence avec nous et quel n'avais rien à craindre en ce confiant a nous quelle a commencer a ce détendre et être plus alaise. Notre cas commence d'abord par nous donner son nom, prénom, son âge. En lui demandant de nous parler de son quotidien au sein de sa famille nous avons tous de suite remarqué que notre sujet avait un grand besoin de ce vidé a quelque un et d'être écouter, surtout en ce qui concerne sa famille. « Melissa » à commencer à déballer le poids quel avait dans son cœur en nous confiants que entre ces parents c'était pas la joie caractériser quotidiennement par des disputes ces derniers sont divorcer mes habites toujours sur le même toit.

« Melissa » aborde sa relation avec son père en commençant à parler cette dernière paraissez colérique « je support plus mon père... Je deviens en colère des que je le vois ...je croix même que je le déteste ».

Tandis que pour sa mère elle c'est montrer plutôt respectueuse a son égard en nous fessant la confidence de sa découverte quel a faite ressèment que sa mère avait une liaison avec son collègue de travaille or elle ne la blâme pas « ma mère a ces raisons elle entame une double vie je ne la juge pas je le respect et respect son choix ».selon ces témoignages son père mérite plus que sa « il fait montrer de toute les couleurs a ma mère... (Silence) il a fait beaucoup souffrir ».pendant l'entretien il nous laisse pas échapper que notre cas parle beaucoup de son petit frère quel 'appel mon petit fils a moi comme elle le dit « adek mazouzi ta3i (rire)...j'essaye au maximum de lui procure un peu de joie .je sens qu'il souffreen plus il est petit ».

« Melissa » commence a nous parler de son cursus scolaire on nous confiants ces relations avec ces enseignants et ces camarades « j'entame toujours de bon relations avec mes enseignants jusqu'a cette année j'avoue je me suis montrer agressive avec eux appart sa tous va bien avec mes camarades ».

« Melissa » déclare être quelqu'un sociable aime conseiller et tisser des liens avec les gens .je déteste la solitude ...peut être Pasques Jai pas de sœur (sourire) ».cote motivation « Melissa » ce voit a zéro comme elle rapporte par ces propos « jetais avant très studieuse et motiver mais maintenant ... (pleur) je ne sens aucune motivation a rien ».

« Melissa » exprime sur son visage une tristesse et il est observer une baisse estime de soi lorsqu'el évoque son redoublement surtout le facteur qu'il la laisse rencontrer des difficultés scolaires « Jai refait ma quatrième (04) année une fois maintenant j'ai une seul chose en tête avoir mon BEM pour rendre ma mère heureuse, les problèmes de la maison mon détruire c'est la première cause de chutes de mes notes. (Ouf) sa me dépasse tous ca ». Par ce grand soupire on voit que « Melissa » éprouve un grand poids sur son don.

Selon son témoignage ce qui la laisse plus distraite dans ces études est bien l'absence d'aide familial lorsqu'elle a refait son année « ma mère était en France elle est partie voir mon grand frère, conta mon père il ne savait même pas que exister ».

Nous constatons sur la sante de « Melissa » qu'il présente plus tôt des manifestations neuro-végétatives inquiétante comme les trouble du sommeil quel rencontre ces derniers temps plus les troubles de l'alimentation qu'il lui failli lui couter la vie l'année dernière « Jai beaucoup d'insomnie si je dors ya rebi (3 heure).

Alors cote alimentations si vous m'avait vu ya quelque mois endirai pas moi je fessais un début d'anémie heureusement fekt attend ».

Sur le coté physique c'est le genre qui manifeste des fatigues servers qui la laisse clouer au lit parfois jusqu'a prendre des vitamines .il est constate « Melissa » ce dirige vers une dépression qui peu s'avérer sévère et entrainons la mort de l'adolescente si elle n'est pas aider par quel un .plus tôt pessimiste face a la relations de ces parents .elle éprouve un peux d'optimisme face a son avenir « Jai le projet d'être psychologue (sourire) j'adore aider les gens et je souhaite arriver a mes faits...si non appart sa je vous dit franchement je n'éprouve aucun gout a la vie elle ma rapporter que des malheurs ».

1.2.2-Analyse de l'échelle (MDI-C) :

Tableau n° 5 : Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) cas « Melissa » :

Les notes des huit échelles de base			La note totale	Interprétation de la note totale
N° de l'échelle	L'échelle	La note	66	Une dépression modéré à sévère.
N° 1	Anxiété (A)	76		
N° 2	Estime de soi (SE)	76		
N° 3	Humeur triste (SM)	76		
N° 4	Sentiment d'impuissance (IH)	76		
N° 5	Introversiion sociale (SI)	74		
N° 6	Faible énergie (LE)	76		
N° 7	Pessimisme (P)	74		
N° 8	Provocation (D)	77		

D'après le tableau ci-dessus, nous ne distinguons que les notes de « Melissa » sur les huit échelles de base varient entre (74 et 77).

La note de « Melissa » la plus élevée sur les huit échelles, est celle de l'échelle (n°08) (Provocation), elle est supérieure à (77), et ses réponses sur les items de cette échelle traduisent ce score, tel que sa réponse par « vrai » sur les items (n°09) (Quand je suis en colère, je deviens méchant). Et (n°42) (J'ai mauvais caractère) ainsi que sa réponse par « faux » sur l'item (n°25) (Je me tien bien).

Elle a une note élevée à (76) sur les cinq échelles (n°01) (Anxiété) et (n°02) (Estime de soi) et l'échelle (n°03) (Humeur triste) et (n°04) (Sentiment d'impuissance) et l'échelle (n°06) (Faible énergie), ses réponses sur les items de ces échelles sont par exemple : les deux items (n°54) (Je suis calme) et (n°02)

(Les autres enfants m'aiment bien) de l'échelle (n°01 et n°02), sont coté négativement.

Et les items (n°08) (Je suis malheureux) et (n°19) (Je ne m'amuse pas beaucoup) et l'item (n°20) (Je me sens très fatigué) de les trois échelles (n°03 et n°04 et n°06), sont coté positivement.

Durant l'entretien « Melissa » paraît une jeune adolescente triste ce qui l'a poussé à mené une note élevée à (74) sur les deux échelles (n°05) (Introversion social) et l'échelle (n°07) (Pessimisme) parmi ses réponses : sa réponse par vrai sur les deux items (n°06) (Je ne veux pas vivre) et (n°05) (Je pense beaucoup à la mort).

La note totale de « Melissa » sur l'ensemble de la (MDI-C) est (66/79), ce qui le situe dans la dépression modérée à sévère.

1.2.3-Synthèse du cas « Melissa » :

L'entretien avec « Melissa » élève au CEM (chouhada warrouf) nous montre que notre cas présente une dépression suivie de manifestations neuro-végétatives, associée à l'échec scolaire et qui ce dernier est associée par les problèmes familiaux qu'il rencontre « Melissa » quotidiennement.

Nous avons confirmé ce qu'on a observé chez notre cas par les résultats obtenus par l'échelle (MDI-C), elle a une note totale de (66) avec des notes élevées sur les huit échelles de base tel que sa note de (77) à l'échelle (n°08) (Provocation), ce qui la situe dans la zone de dépression modérée à sévère.

À partir de ces résultats, on peut dire que « Melissa » manifeste une dépression, et notre hypothèse « la dépression a un impact sur l'échec scolaire chez les adolescents » est confirmée.

1.3-Présentation du 3^{ème} cas « Bilal » :

« Bilal », jeune adolescent âgé de (16 ans) d'origine kabyle réside à Bejaïa ville scolarisé en (3^{ème}) année moyen au CEM chouhada warrouf où il a été exclu cette année suite à son exclusion de son établissement à cause de la violence qu'il exerce au sein de ses enseignants et camarade de classe, l'aîné d'une fratrie de deux filles et un garçon. « Bilal » se déclare même perturbateur avec son entourage.

1.3.1-Analyse de l'entretien de« Bilal » :

L'entretien ceste dérouler dans un climat de sérénité, en rentrant il nous revoie une image d'un adolescent calme, respectueuse avec le bon sourire qu'il nous a infligé le courant est vite passé avec lui en lui expliquant l'objective de sa présences.

On commence par demander a notre cas de nos parler de ces relations avec ces parents il nésite pas une seconde a ce confier a nous. « Je suis trop attacher a ma mère c'est ma confiante, celle avec qui je peux parler de tous sans crainte d'être traille. Conta mon père je ne parle pas c'est mieux je n'aime pas parler beaucoup de lui franchement. Il ne sait même pas que j'existe et je me souviens pas avoir déjà échangé une discussion avec lui ». C'est claire que « Bilal » éprouve de la haine vers son père jusqu'a l'effacer du tableau familial contrairement a sa mère qui entame avec elle une relations proches.

Plutôt protecteur avec ces sœurs par ces propos : « il aura affaire à moi celui qui touche un cheval de ma sœur ou essayer de les embêter ».

On abordant sur la scolarité de « Bilal » ce dernier étai plutôt agiter et présentant des manifestations d'angoisses qui ce fessais remarquer que a travers les gestes qui fessait « grattement de tête, mimique ». Il ce présente comme adolescent perturbateur qui ce dispute beaucoup avec ces enseignants : « je préfère ne pas parler avec mes enseignant Pasques sa fini toujours par une bagarré entre nous plus les convocations quel l'on me donne... (Rire) ».

« Bilal » ce présente en étant un solitaire il ce retrouve face a lui-même surtout en pratiquant son sport qu'il aime « je n'aime pas trop fréquenter quand je veux me défouler ou changer d'aire je vais faire le king-boxig sport que je métrise et je pratique actuellement ... même pour étudier je suis plus motiver a la maison que a l'école ».

cote résultats notre cas rencontre beaucoup de difficulté afin d'avoir de bonnes notes : « Jai refait l'année deux (02) fois ce qui me laisse vraiment perdre espoir... (Silence) refaire l'année c'est vraiment un sentiment qui personne ne peux ressentir jusqu'a le vivre surtout a la vu de mes enceins camarades. C'étais chaque jours les pleurs a la maison la nuit croyait moi ».

« Ce qui ma attristais le plus c'était l'absence du soutien familial même ma mère a qui je suis très proche ne ma pas soutenu fessais que me blâmer ».on voit ici un adolescent vraiment touché par l'absence du soutien familial surtout sa mère qui est très proche d'elle.

Nous constatons sur la sante de « Bilal » que ce dernier présente des comportements d'agressivité que sa ce sois verbal ou physique mais aussi d'anxiété, une baisse estime de soi ainsi des troubles neuro-végétative tel le manque d'appétit et des insomnies « je ne dors pas je me sens tous le temps agiter ». Plus tôt colérique il n'arrive par a contrôler sa colère en nous confiant « une fois j'ai tabassé un mec jusqu'a lui faire saigniez son nez ». Il est constater que l'adolescent lorsqu'il est colérique il réfléchi pas a conséquence qu'il subi lorsqu'il passe a l'acte, ce dernier dérive droit vers des édilions suicidaire ce qui nous laisse pas nous échapper.

Consternant les questions sur son avenir il ce présente en adolescent pessimiste qui ce trouve dans un gouffre : « je n'ai aucun projet pour l'avenir... mm... Balbek j'aurai des projets dans quelque tant ti moi ce que je souhaite ».

1.3.2-Analyse de l'échelle (MDI-C) :

Tableau n°6 : Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) cas : « Bilal »

Les notes des huit échelles de base			La note totale	Interprétation de la note totale
N° de l'échelle	L'échelle	La note	60	Une dépression faible
N° 1	Anxiété (A)	71		
N° 2	Estime de soi (SE)	60		
N° 3	Humeur triste (SM)	71		
N° 4	Sentiment d'impuissance (IH)	71		
N° 5	Introversiion sociale (SI)	73		
N° 6	Faible énergie (LE)	76		
N° 7	Pessimisme (P)	68		
N° 8	Provocation (D)	77		

D'après le tableau ci-dessus, nous remarquons que les notes de « Bilal » sur les huit échelles de base varient entre (60 et 77).

Il a une note de (60 et 68) sur les deux échelles (n°02) (Estime de soi) et (n°07) (Pessimisme), elle est la note le moins élevée, par rapport aux autres échelles, tel que l'échelle (n°08) (Provocation) qui est très élevée à (77) et ses réponses sur quelques items de cette échelle on cite sa réponse par « vrai » sur les deux items (n°04) (Je m'attire des ennuis à l'école) et (n°15) (Je prends des choses sans demander avant), ainsi que sa réponse par « faux » sur l'item (n°35) (Je suis attentif).

Sur les trois échelles (n°01) (Anxiété), (n°03) (Humeur triste) et (n°04) (Sentiment d'impuissance), notre cas a une note moins élevée à (71), ses réponses sur ces trois dernières sont par exemple : sa réponse par « faux » sur l'item (n°29) (Je suis un enfant heureux), et sa réponse par « vrai » sur les deux items (n°17) (Ma famille m'écoute) et (n°23) (Je suis très inquiet).

Notre cas a une note élevée à (76) sur l'échelle (n°06) (Faible énergie) et une note moins élevée (73) sur l'échelle (n°05) (Introversiion sociale).

La note totale de « Bilal » sur l'ensemble de la (MDI-C). Est de (60/79) ce qui le situe dans la zone de dépression faible.

1.3.3-Synthèse du cas « Bilal » :

On constate de l'entretien que « Bilal » élève au (CEM Chouhada Warrouf), présente un échec scolaire conduit par l'agressivité qu'il présente au sein de son entourage et ces enseignants. Ce qui la laisse même être exclus de son école ainsi que des mauvaises fréquentations qui le laisse dériver vers une dépression par la prise de certains substances.

D'après les résultats de l'échelle on a pu confirmer l'existence de ces signes selon ses notes élevées sur quelque échelle de base qui sont les échelles de provocation, faible énergie ainsi que l'introversiion sociale, ce qui la situe dans la zone de dépression faible avec une note totale (60).

A partir de ces résultats, on peut dire que « Bilal » manifeste une dépression ce qui nous laisse dire de notre hypothèse que « la dépression a un impacte sur l'échec scolaire chez les adolescents » est confirmée.

1.4-Présentation du 4^{ème} cas « Saliha » :

« Saliha » est une jeune adolescente âgée de (14 ans) résidente à Bejaïa, est la fille unique d'une fratrie de trois (03) enfants. Notre cas et ces deux (02) frères plus âgés quelle. Cette dernière scolarisé en (3^{ème}) année moyenne, à « Chouhada Warrouf », déclare avoir beaucoup de difficulté pour obtenir de bonnes notes.

1.4.1-Analyse de l'entretien :

L'entretien de « Saliha » s'est déroulé dans un climat caractérisé par une froideur. L'adolescente paraît anxieuse à l'idée de savoir quel allé être interrogé, ce nait que après lui avoir expliqué les objectives de cette entretien et quel n'avais rien à craindre a propos de ce quel allez divulguer quel commence a ce détendre.

On lui demande de nous parler de ces relations avec ces parents « Saliha » semble plutôt anxieuse comme une personne qui était marquer par quel que chose, ce n'ai que l'on commençant à nous parler que l'on comprend la cause de son anxiété. « Mon père me bat tous le temps surtout lorsque mes frères le remonte contre moi... Je sais il n'a pas un mauvais fond mais... Je ne sais pas... Conta ma mère c'est tous le contraire elle est plus tolèrent elle ma toujours soutenu ». On remarque dans les propos de l'adolescente une petite contradiction dans ces propos tonton elle donne limage d'un père agressive et tantôt d'un père affectueux or relation proche avec sa mère.

Quand nous avons demandé a notre sujet de nous parler de sa scolarité elle ce déclare être calme dit-elle : « je suis une fille très calme j'entame de bon relation avec mes enseignants même avec mes camarade d'ailleurs ». De si qui est de son redoublement notre sujet présente une image de soi négative « J'ai refait une(01) fois l'année (pleure)... Et même actuellement je suis en échec scolaire, j'avoue c'est de ma faute je n'arrive pas a me concentré sur mes études ». On voyait par les propos de « Saliha » quel ressent un sentiment de culpabilité a son égard, surtout a la rentre de ces enceins camarades de sa classe « je me sens un moine que rien surtout a la vu de mes enceins camarade ».

Coté famille face a son échec scolaire adolescente déclare quel a était épauler « mes parents mon étais d'un soutien, même de mon père qui j'attendais même pas ».

Tournant la page vers le cote sante de « Saliha » ce qui nous laisse voir en elle des manifestations d'anxiété et baisse d'estime de soi ainsi que des troubles neuro-végétative qui ce sont manifester surtout cette année « J'ai un manque d'appétit... Surtout en période d'examens et surtout depuis que j'ai refait l'année je ne mange pas alors trop et je dors moins ».

Coté physique elle se présente en étant une personne trop fatiguée de son réveil, ce qui la laisse arrêter le sport qu'elle pratique ces derniers mois. Plutôt pessimiste face à son avenir « je me vois pas être une femme qui travaille ... je vis à peu près ». Propos rapportés qui nous montrent une adolescente qui vire vers une dépression et qui doit être aidée afin d'éviter la dérive vers une pathologie grave.

1.4.2-Analyse de l'échelle (MDI-C) :

Tableau n°7 : Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) cas «Saliha»

Les notes des huit échelles de base			La note totale	Interprétation de la note totale
N° de l'échelle	L'échelle	La note	64	Une dépression faible à modéré
N° 1	Anxiété (A)	71		
N° 2	Estime de soi (SE)	65		
N° 3	Humeur triste (SM)	76		
N° 4	Sentiment d'impuissance (IH)	75		
N° 5	Introversion sociale (SI)	78		
N° 6	Faible énergie (LE)	76		
N° 7	Pessimisme (P)	74		
N° 8	Provocation (D)	75		

D'après le tableau ci-dessus, nous remarquons que les notes de «Saliha» sur les huit échelles de base varient entre (65 et 78).

Elle a une note de (65) sur l'échelle (n°02) (Estime de soi), elle est la note la moins élevée, par rapport aux autres échelles, tel que l'échelle (n°05) (Introversion sociale), qui est très élevée à (78) et ses réponses sur quelques items de cette échelle on cite sa réponse par « vrai » sur les deux items (n°16) (Je n'ai pas d'amis) et (n°64) (A l'école, je reste tout seul), ainsi que sa réponse par « faux » sur l'item (n°06) (J'aime être avec les gens).

Sur les deux échelles (n°03) (Humeur triste) et (n°06) (Faible énergie), notre cas a une note élevée à (76) ses réponses sur ces deux dernières sont par exemple : sa réponse par « faux » sur les deux items (n°29) (Je suis un enfant heureux) et (n°78) (J'ai une vie heureux), et sa réponse par « vrai » sur les deux items (n°14) (J'ai mal au ventre) et (n°33) (J'ai envie de dormir).

Notre cas a une note élevée à (75) sur les deux échelles (n°04) (Sentiment d'impuissance) et (n°08) (Provocation). Ses réponses par « vrai » sur les deux items (n°07) (Je me fais punir sans raison) et (n°04) (Je m'attire des ennuis à l'école), et sa réponse par « faux » sur les deux items (n°44) (Ma famille s'intéresse à moi) et (n°42) (J'ai mauvais caractère).

Notre cas a une note élevée à (74) sur l'échelle (n°07) (Pessimisme), c'est ce qu'on a remarqué durant l'entretien avec cette fille ainsi que ses réponses sur quelques items de cette échelle sont la preuve de son pessimisme tel que sa réponse par « vrai » sur l'item (n°05) (Je pense beaucoup à la mort), ainsi que sa réponse par « faux » sur l'item (n°43) (De mauvaises choses vont m'arriver). Elle a des notes moins élevées ; (71) sur l'échelle (n°01) (Anxiété).

La note totale de «Saliha» sur l'ensemble de la (MDI-C) est de (64/79), ce qui la situe dans la zone de dépression.

1.4.3-Synthèse du cas de «Saliha» :

L'entretien avec « Saliha » élève au (CEM Chouhada Warrouf), nous a montré qu'elle présente une dépression avec des manifestations psychique et physique face au rendement scolaire.

D'après ses résultats obtenus sur l'échelle (MDI-C) de dépression, par exemple sa réponse par « vrai » sur les items (n°01) (Dans la journée, je rêve beaucoup) et (n°03) (Je suis tendu à l'école) de l'échelle (n°01), sa réponse par « faux » sur les items (n°17) (Ma famille m'écoute) et (n°58) (Mes amis écoutent mes problèmes) de l'échelle (n°04).

Nous laisse dire que « Saliha » manifeste une dépression, ce qui nous laisse confirmer sur l'hypothèse que « La dépression a un impacte sur l'échec scolaire chez les adolescents » est confirmée.

1.5-Présentation du 5^{ème} cas « Yassine »

« Yassine » jeune adolescent âgé de (17ans) d'origine kabyle résidant à Bejaia ville est le cadet d'une fratrie de trois (03) enfants et une fille. Notre cas est scolarisé en (3ème) année moyenne et c'est trouver en difficulté depuis son entrée au collège au CEM « chouhada warrouf » où il est rentré cette année. Agressivité face à ces enseignants et camarades ce qui a fait la cause de son déplacement vers cet établissement.

1.5.1-Analyse de l'entretien :

L'entretien de « Yassine » s'est déroulé dans un climat plutôt sereinement. En rentrant il nous donne une image d'un adolescent calme et respectueux et souriant, le courant est vite passé entre nous après lui avoir expliqué l'objectif de sa présence.

Concernant les relations familiales il nésite pas une seconde à dévoiler le oser qu'il y a entre sa famille et lui... En nous parlant de son père il rapporte des propos d'une relation irréparable causée par le manque de communication « je me souviens pas même d'attabler avec mon père et échanger un dialogue avec lui. Il m'accorde aucune importance à m'écouter ou autre chose ... ». Quant à sa mère, elle fait du favoritisme d'après ces propos rapportés. « Ma mère ne voit même pas que j'existe elle préfère mon autre frère à moi sa sœur aux yeux elle est toujours au petit soin pour lui. »

« Yassine » commence à nous parler de sa grande sœur avec fierté. C'est une jeune fille plutôt exemplaire, la seule à qui il confie ces secrets « ma sœur c'est la seule qui me comprend... (Silence)... Je peux tout lui raconter sans crainte. Tout ce que je ressens au fond de moi ».

Quand nous avons proposé au sujet de nous parler de sa scolarité ce dernier était plutôt gêné en nous confiant « j'avoue je ne suis pas le genre doué à l'école... (Sourire) ». Plutôt adolescent rebelle il est tout le temps convoqué à la surveillance par le manque de respect face à ces enseignants, mais aussi d'agressivité, il est allé même jusqu'à casser une table et arriver même à tabasser un de ces camarades de classe en lui faisant saigner du nez. « Quand je me mets en colère je peux faire n'importe quoi sans réfléchir aux conséquences que ça peut me ramener ».

« Yassine » ce présente en étant un jeune solitaire J'aime pas trop fréquenter (fait une grimace) je préfère pratiquer le king-boxing c'est le sport que j'adore et que je maîtrise très bien ... sa me rend plus souple ,même pour mes études je suis plus motivé a étudier a la maison qu'a l'école... (Sourire) ». Cote résultat notre cas rencontre des difficultés qui l'handicap à avoir de bonnes notes pour passer en 4^{ème} année. « Je n'arrive pas à obtenir la moyenne dans les matières importantes ... (silence)... Faut que je passe en 4^{ème} année ».

Notre cas manifeste un état d'estime de soi plus tôt moyen lorsqu'il entame la discussion sur le sujet de son redoublement « J'ai refait une (01) fois en première année et une (01) fois en troisième (03) année, mais actuellement j'essaie de faire le maximum pour rattraper mon retard, je sais que je peux arriver je ne suis pas bête... je ne veux plus voir mes anciens camarades me dépasser ... c'est un sentiment que je ne peux pas vous expliquer. ». Absence de soutien familial qui le laisse se débrouiller tout seul confie-il « je n'ai trouvé aucun de mes parents lors de mon échec, Au contraire je n'ai eu de leur part que des insultes ». Cote motivation face à ces études notre cas ne baisse pas les bras tout le temps il se motive afin de tenir le coup lorsqu'il ressent un sentiment de fatigue « je n'ai aucun goût pour mes études mais je reste motivé, surtout quand je trouve les matières que j'aime je trouve un plaisir à les étudier comme le français ».

Tournons-nous vers la page concernant la santé de « Yassine ». Ce dernier rapport d'anxiété ainsi que des comportements dépressifs mais aussi rencontre des problèmes neuro-végétatifs mais modérés comme pas sévères comme le trouble d'insomnie aigu qui sont rares. Mais aussi les troubles d'alimentation qu'il rencontre « je n'arrive pas à trouver le sommeil surtout en situation où je me retrouve face à des conflits ou des examens à l'école ».

Sur le plan physique « Yassine » affirme ressentir beaucoup de fatigue qu'il liquète parfois. « Je me sens parfois fatigué (nhes rfet jbel). Cette fatigue miquette parfois de devenir une pathologie ». Colérique « Yassine » n'arrive pas à se contrôler. Agit sans réfléchir « je frappe sans réfléchir je n'arrive pas à contrôler ma force ». Par ces différents propos, il est clair que notre sujet présente des caractéristiques revoyant au chemin de la dépression et idéations suicidaires qui effleurent son esprit par ces propos « je n'ai pas trouvé ma place dans ce monde je préfère mourir ».

On ce qui concerne la question sur l'avenir de notre sujet. Il est claire d'une personne qui marche aveuglement en asseyant de trouver le chemin de la lumière en manifestant le sentiment de désespoir il nous confie «je n'ai aucun projet pour l'avenir je sens que je vie a peux prés kan ».

1.5.2-Analyse de l'échelle (MDI-C) :

Tableau n°8 : Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) cas « Yassine »

Les notes des huit échelles de base			La note totale	Interprétation de la note totale
N° de l'échelle	L'échelle	La note	58	Une dépression faible
N° 1	Anxiété (A)	65		
N° 2	Estime de soi (SE)	72		
N° 3	Humeur triste (SM)	68		
N° 4	Sentiment d'impuissance (IH)	67		
N° 5	Introversiion sociale (SI)	75		
N° 6	Faible énergie (LE)	76		
N° 7	Pessimisme (P)	63		
N° 8	Provocation (D)	71		

D'après le tableau présenté ci-dessus, nous n'avons détecté que les notes de « Yassine» sur les huit échelles de base varient entre (63 et 76).

Sa note sur l'échelle (n°07) (Pessimisme) est la moins élevée par rapport aux échelles, ce qui signifié que notre cas n'est pas pessimisme, ce qui été indiqué durant l'entretien et selon ses réponses sur les items de cette échelles tel que sa réponse par « vrai » sur les deux items (n°31) (J'ai de la chance) et (n°63) (Mon avenir sera bien).

Il a des notes aussi moins élevées sur les échelles (n°01) (Anxiété) qui est de (65), et sa note de (67) sur l'échelle (n°04) (Sentiment d'impuissance) et aussi la note (60) sur l'échelle n°3 (Humeur triste).

Sur les deux échelles (n°02) (Estime de soi) et (n°08) (Provocation), notre cas a une note élevée à (71-72), ses réponses sur ces deux dernières sont par exemple sa réponse par « faux » sur l'item (n°02) (Les autres enfants m'aiment bien) et sa réponse par « vrai » sur les deux items n°11 (Je me déteste) et (n°42) (J'ai mauvais caractère).

Une note élevée qui (75), a été noté sur l'échelle (n°05) (Introversion sociale), est d'après ses réponses sur quelques items, par exemple l'item (n°06) (J'aime être avec les gens) et (n°38) (J'adore jouer avec des amis), qui sont marqué négativement.

«Yassine» a une note très élevée à (76) sur l'échelle (n°06) (Faible énergie), ses réponses sur les items de cet échelle indiquent la note élevée, par exemple sur l'item (n°12) (Je suis en pleine forme) il a répondu par « faux », et sur les deux items (n°20) (Je me sens très fatigué) et (n°34) (Mes amis me fatiguent beaucoup) il a répondu par « vrai » ce qui prouve que notre cas a une faible énergie.

La note totale de « Yassine » sur l'ensemble de la (MDI-C) est de (58 /79), ce qui le situe dans une dépression faible.

1.5.3-Synthèse du cas « Yassine » :

D'après les données de l'entretien effectué auprès de « Yassine » on constate un adolescent rebelle qui assez s'affirmant par son agressivité. Absence de communication par les parents ainsi les difficultés scolaire qu'il a manifeste ce qui la laisser avoir des manifestations de déséquilibre psychologiques plutôt modère mais qui peut dériver vers une dépression server.

« Yassine » est un jeune adolescent qui est tout le temps stressé et anxieux, avec des trouble de sommeil, tous ca était relevé grâce à l'entretien qui été mené avec ce jeune adolescent.

Les résultats de l'échelle (MDI-C) de « Yassine » ont renforcé les résultats obtenus par l'entretien, ce jeune à une dépression faible. Avec un totale de (56).

A partir de ces résultats, on peut dire que « Yassine » manifeste une dépression, et que notre hypothèse montre que : « La dépression a un impact sur l'échec scolaire chez les adolescents » est confirmée.

1.6-Présentation du 6^{ème} cas « Manisa » :

« Manisa » jeune adolescente âge de (18 ans) résidente à Bejaia. D'origine d'akbou est scolarisée au « CEM » (chouhada warouf). En quatrième (04) année moyenne. « L.M » est l'aîné d'une fratrie qui comporte deux (02) sœurs. Elle et sa petite sœur de (6ans).

Quel représente plutôt un comportement d'agressivité envers les membres de sa famille surtout ces parents. Ayant un échec scolaire elle donne toujours l'impression être bien dans sa peau malgré son redoublement qui a été causé par ces fréquentations avec certaine fille du quartier.

1.6.1-Analyse de l'entretien :

Quand nous avons demandé à « Manisa » de participer à notre étude, elle s'est plutôt montrée méfiante jusqu'à nous dire « em... franchement je ne veux pas vraiment confier mes soucis à un étranger ».

C'est après l'avoir rassuré qu'elle ne craint rien et qu'elle a commencé à se détendre avec nous et que l'on est arrivé à tracer un transfert positif. Elle commence à nous donner son nom, prénom et âge. En lui demandant d'évoquer concernant les relations familiales celle-ci se trouve mal à l'aise, on nous confiant présentant une absence d'interaction avec ces parents. Elle commence d'abord de parler de son père « il me blâme toujours pour un rien... (ouf) il me fatigue wellah » tandis que pour sa mère l'adolescente se montre agressive dans ces propos à notre grand étonnement « ma mère est trop rigide, je la vois comme une sorcière désolée pour ce terme ». La jeune fille entame une relation plutôt une relation fusionnelle avec sa petite sœur de (6ans). Elle nous déclare « je ne peux pas supporter de ne pas voir ma sœur une journée ».

« Manisa » commence à nous parler de son cursus scolaire en éclatant de pleurer elle commence par nous dire d'abord du conflit avec ces profs « je suis toujours puni par mes profs, plusieurs fois mon insulte de mal éduquer d'ailleurs ».

La jeune fille est plutôt du genre rebelle déteste l'école et tous ce qu'il lui rappelle les études « je n'aime pas étudier si ce n'est pas une obligation je ne mettrai jamais les pieds là-bas ». « Manisa » se déclare étant solitaire « je me retrouve quand je suis seul loin de tous ». Face aux études, elle ne se retrouve motivée ni à la maison ni à l'école.

Malgré le caractère difficile que manifeste cette dernière, elle dégage un sentiment de tristesse. Chose qui ne nous a pas échappé, lorsqu'elle évoque son redoublement et ces raisons. « J'ai refait l'année une (01) fois en deuxième (02) année et une (01) fois en quatrième (04) année... (Pleur) je me sens bête parfois... parfois je souffre au fond de moi mais je le montre à personne ». Cette déclaration est une certaine voisine de son bâtiment qui lui a fait perdre la tête jusqu'à refaire ces classes. On observe un sentiment de culpabilité chez notre sujet « à la vue de mes camarades me dépassant ça me fait beaucoup regretter... (Mais mektoub lahraleb) je mérite. Cette le témoignage de « Manisa » elle n'a trouvé personne qui l'épauler face à son échec sur les membres de la famille « je me suis retrouvé tout seul mais bon... Ça m'éprendra ».

Sur sa santé, on remarque certaines manifestations d'agressivité et d'insomnie ainsi que des troubles alimentaires je suis une fille qui stress beaucoup, je ne mange pas beaucoup ce qui me laisse donc à déjà fait une anémie. Je retrouve rarement le sommeil avant deux (02) heures du matin ». Lorsque nous lui avons proposé de nous parler de son ressenti sur sa vie nous déclarons être mécontents « J'ai déjà fait plusieurs tentatives de suicide cette vie ne m'a rien apporté ». Côté physique il explique être faible constamment « dès mon réveil je me sens vide de mon sang ». Évoquant la question sur son avenir « Manisa ». Manifeste un sentiment de désespoir de pessimisme ayant une estime de soi faible, elle déclare ; « je ne vois aucun intérêt pour vivre, tout est flou pour moi je ne sert à rien dans ce bas monde ».

Selon les données obtenues de l'entretien, le climat relationnel de « Manisa » au sein de sa famille est plutôt tendu présentant un conflit par rapport à une absence d'interaction entre eux. Le niveau scolaire de « Manisa » est dégradant lié à la mauvaise fréquentation de ces voisins ces derniers l'ont laissé être moins motivée face à ces résultats.

Cote sante «Manisa» présente des manifestations d'adolescente ayant des perturbations psychologique, trouble du sommeil, ainsi anxiété élever ce qui conclus que « Manisa» présente un caractère d'optimisme d'après ces dires.

1.6.2-Analyse de l'échelle (MDI-C) :

Tableau n°9 : Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) cas « Manisa » :

Les notes des huit échelles de base			La note totale	Interprétation de la note totale
N° de l'échelle	L'échelle	La note	61	Une dépression faible
N° 1	Anxiété (A)	67		
N° 2	Estime de soi (SE)	76		
N° 3	Humeur triste (SM)	76		
N° 4	Sentiment d'impuissance (IH)	74		
N° 5	Introversion sociale (SI)	78		
N° 6	Faible énergie (LE)	70		
N° 7	Pessimisme (P)	74		
N° 8	Provocation (D)	70		

D'après le tableau ci-dessus, nous percevons que les notes de «Manisa» sur les huit échelles de base varient entre (67 et 78).

« Manisa», a une note très élevées à (78) sur l'échelle (n°5) (Introversion social). Ses réponses sur les items de cette échelle indiquent la note élevée par exemple sur les deux items (n°16) (Je n'ai pas d'amis) et (n°57) (Je n'aime pas parler) elle a répondu par « vrai ». Et sur l'item (n°06) (J'aime être avec les gens) elle a répondu par « faux ».

Nous avons noté sur les deux échelles (n°02) (Estime de soi) et échelle (n°03) (Humeur triste) une note élevée qui est de (76), parmi les réponses de notre cas sur les items de ces deux échelles :

Item (n°11) (Je me déteste) et l'item (n°40) (Je me sens triste), elle à répondu par « vrai », et sur l'item (n°02) (Les autres enfants m'aiment bien), et l'item (n°29) (Je suis enfant heureux), qui sont coté négativement.

Des notes moins élevées à (74) sur les deux échelles (n°04) (Sentiment d'impuissance) et (n°07) (Pessimisme) parmi ses réponses sur les items qui indiquent ce sentiment d'impuissance chez notre cas on cite par exemple les deux items (n°17) (Ma famille m'écoutent) et (n°58) (Mes amis écoutent mes problèmes) qui sont coté négativement, et sur l'échelle (n°07), on cite les items suivant : item (n°18) (Je vais avoir une bel avenir) et l'item (n°62) (Les choses vont mieux pour moi), qui sont coté négativement. Elle a une note aussi moins élevée à (70) sur l'échelle (n°06) (Faible énergie) et l'échelle (n°08) (Provocation), parmi ses réponses sur ces deux échelles, sa réponse par « vrai » sur l'item (n°20) (Je me sens très fatigué), et sa réponse par « faux » sur l'item (n°25) (Je me tien bien).

Sa note sur l'échelle (n°01) (Anxiété) est de (67), elle est la moins élevée sur l'ensemble des échelles de base, se qui indique que notre cas à une anxiété un peut élevée comme l'indique bien ses réponses sur les items de cette échelle, par exemple l'item (n°70) (Je ne me sens pas du tout en danger), elle a répondu par « faux » et sa réponse par « vrai » sur l'item (n°36) (Je me fais du souci au sujet de la mort).

La note totale de « Manisa » est de (61/79), nous la situant dans la zone de dépression faible selon le manuel de l'échelle (MDI-C).

1.6.3-Synthèse du cas « Manisa » :

L'entretien avec «Manisa», a montré que cette dernière se sent par une tristesse causé par sa situation, associé à des pleurs, ainsi que des troubles du sommeil et des troubles alimentaires, et ses résultats sur l'échelle de la (MDI-C) ont renforcé ces résultats avec un totale de (61), ce qui la situe dans la zone de dépression faible selon l'échelle ainsi que ses notes élevées sur quelques échelles de base tel que l'échelle (n°03) (Humeur triste) par exemple, elle a répondu par « faux » sur l'item (n°29) (Je suis un enfant heureux).

A partir de ces résultats, on peut dire que « Manisa » manifeste une dépression, et notre hypothèse « la dépression a un impact sur l'échec scolaire chez les adolescents » est confirmée.

1.7-Présentation du 7^{ème} cas « Lamine » :

«Lamine» jeune adolescent âgé de (16 ans), d'origine kabyle résidant à Béjaïa ville. Scolarisée en (4^{ème}) année moyenne. « Lamine» est le benjamin d'une fratrie qui comprend deux enfants un garçon âgé de (21 ans).

« Lamine» ce présente par apport a sa scolarité, qui d'après lui était un brillant élève auparavant. Alors que ces résultats scolaire on beaucoup chuté il n'arrive pas a comprendre la cause de tous ça.

1.7.1-L'analyse de l'entretien :

L'entretien avec « Lamine» c'est déroulé sans aucune difficulté, notre sujet c'est présenté timide avec un visage souriant qui caché beaucoup. Après avoir asseyez de le détendre, se dernier c'est montré plus alaise et décontracté pour répondre a nos questions.

Il commence à ce présenté en nous donnant son nom prénom, âge. On lui demande de nous parler de sa vie au sein de sa famille, ce dernier entame plutôt une bonne relations avec ces parents « Je n'ai aucune difficulté avec mes parents... Bien sur en rencontre parfois des petit querelle, mais apart ça bien.».

Quand nous avons abordé le coté relationnel, « Lamine» se sont beaucoup plus proche a son frère, « Je respecte beaucoup mon grand frère, franchement je l'admire même ne bois pas, ne fume pas toujours a l'heur pour ses prière a bien réussi son cursus scolaire et s'est le seul avec qui je partage tous mes problèmes sans avoir peur qu'il m'insulte... vous saviez les gens vous insulte lorsque l'on ce confit a eux. », on constate on lui une fierté en vers son frère.

« Lamine» commence à nous parler de son cursus scolaire ; on nous confiant ces relations au sein de ces enseignants et camarades de classe. Notre sujet nous déclare qu'il aime bien son école « Depuis que je suis rentré au collège, même au primaire d'ailleurs, je me souviens pas du tous avoir des problèmes avec mes enseignants ni avec mes camarades de classe... peut être même je vais vous étonné... (Rie), j'aime trop les études, je pense c'est une de mes patient... c'est bazar yak ?».

« Lamine » déclare être quelqu'un de plus tôt sociable, aime tisser des liens avec les gens, « Je n'aime pas rester tous seul... j'aime toujours être accompagné ». Côté motivation il éprouve aucune problème par rapport à ça « Je suis motivé à étudier que sa soit l'école ou à la maison... (Fait un hochement de tête) ».

Notre sujet a montré une impression de mécontentement de lui-même, un désarroi lorsqu'il nous confie son redoublement et ses raisons. « J'ai refais ma 1^{er} et 2^{eme} année moyenne... (Peuf)... c'était horrible franchement... (Silence), ma première année mafektelehache c'était un nouveau monde pour moi et ma deuxième année c'était le décès de mon oncle, ce qui m'a fait perdre la tête de mes études ».

On abordant sur le sujet de son redoublement on constate des manifestations de tristesse qui dégagent de notre sujet « ça m'a fait très mal... surtout quand j'ai refait la deuxième fois, et vu mes camarades avec qui j'étais me dépasse ». Selon le témoignage de « Lamine » le cocon familial lui était d'un grand soutien face à son échec. « Ma famille m'a beaucoup aidé à remonter la pente... (Silence), sans eux je serai perdu être j'aurais empreint le chemin de la délinquance ».

Concernant le côté santé notre sujet se présente plutôt stressé. Néanmoins il manifeste un état d'optimisme face à son avenir.

1.7.2-Analyse de l'échelle :

Tableau n°10 : Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) cas « Lamine » :

Les notes des huit échelles de base			La note totale	Interprétation de la note totale
N° de l'échelle	L'échelle	La note	15	Selon l'échelle (MDI-C) cette note qui est inférieure à 56, indique que notre cas ne manifeste pas une dépression.
N° 1	Anxiété (A)	48		
N° 2	Estime de soi (SE)	53		
N° 3	Humeur triste (SM)	43		
N° 4	Sentiment d'impuissance (IH)	64		
N° 5	Introversion sociale (SI)	61		
N° 6	Faible énergie (LE)	46		
N° 7	Pessimisme (P)	40		
N° 8	Provocation (D)	45		

D'après le tableau ci-dessus, nous découvrons que la majorité de ses notes sur les huit échelles de base sont moins élevés et elles varient entre (40 et 64). Sa note la plus élevée est celle de l'échelle (n° 04) (Sentiment d'impuissance) qui est (64), parmi ses réponses qui indiquent cette humeur triste, on cite sa réponse par « vrai » sur l'item (n°19) (Je ne m'amuse pas beaucoup) et sa réponse par « faux » sur l'item (n°39) (Les gens ne sont pas juste avec moi).

Il a une note moins élevée à (61) sur l'échelle (n°05) (Introversion social), parmi ses réponses sur les items de cette échelle ; sa réponse par « vrai » sur l'item (n°26) (Je ne veux pas vivre) et sa réponse par « faux » sur l'item (n°16) (Je n'ai pas d'amis).

Sa note sur l'échelle (n°02) (Estime de soi) est de (53), parmi ses réponses, sa réponse par « vrai » sur l'item (n°69) (J'aime bien la tête que j'ai). Sa note sur l'échelle (n°01) (Anxiété) est de (48), et sur l'échelle (n°06) (Faible énergie), il a une note de (46).

Ses notes sur les autres échelles sont inférieures à la moyenne qui est de (50) ; il a une note de (45) sur l'échelle (n°08) (Provocation) et une note de (43) sur l'échelle (n°03) (Humeur triste), et une note de (40) sur l'échelle (n°07) (Pessimisme).

La note totale de «Lamine» sur l'ensemble de (MDI-C), est de (15/79), ce qui indique que notre cas ne manifeste pas une dépression selon le manuel de l'échelle, qui à classé la dépression dans trois niveau.

1.7.3-Synthèse du cas « Lamine » :

Les résultats obtenus à l'échelle (MDI-C), ont renforcés ce qu'on a conclu auprès de notre cas par l'observation et l'entretien clinique, « Lamine» ne manifeste pas une dépression et sa note totale est inférieure à (15), et ses notes sur les huit échelles de base sont basses sauf sa note sur l'échelle sentiment d'impuissance qui est élevée à (64).

A partir de ces résultats, on peut dire que « Lamine» ne manifeste pas une dépression, et notre hypothèse « la dépression a un impact sur l'échec scolaire chez les adolescents » est infirmée.

1.8-Présentation du 8^{eme} cas « Hoda » :

Il s'agit d'une jeune adolescente âgée de (15 ans), d'origine kabyle de la wilaya de Béjaïa, scolarisée en 3^{eme} année moyenne, elle est l'aînée d'une fratrie qui comprend trois (03) enfants, une petite sœur âgée de (06 ans) et une autre de (09 ans).

1.8.1-L'analyse de l'entretien :

L'entretien avec Melle « Hoda » a été construit sur des bases de confiance, et qui c'est très bien passé grâce à sa coopération. Débutant l'entretien on commence par lui demander son nom et prénom et âge aussi que son niveau de scolarisation. On lui demandant de parler de ces relations au sein de ça famille on remarque alors que notre sujet a un grand besoin de parler et d'être écouté.

« Hoda » commence à nous révéler ses relations avec ces parents, mais surtout avec son père avec lequel s'est installée une certaine froideur entre eux ces derniers temps, « mon père est trop dur, prend tout au sérieux, on est devenu d'ailleurs comme chien et chat ». Tandis que pour la relation avec sa mère ; cette dernière c'est montrée plutôt souriante, elle nous parle de sa mère avec fierté, d'une mère très ouverte et à l'écoute de ces enfants « ... ma mère est une femme exemplaire, c'est ma confidente c'est la seule qui me consacre tous son temps à l'écoute de mes problèmes (visage illuminé) sans ma mère je ne sais pas ce que je serai devenue ».

Par les propos de « Hoda » il est constaté qu'elle procure beaucoup d'amour à sa sœur, « Ma petite sœur de (09 ans) je la adore elle est adorable, d'ailleurs elle me considère comme ça deuxième maman tellement je suis trop protectrice avec elle».

Quand nous avons abordé le côté scolaire « B.H » déclare être une jeune fille calme qui tisse de bons liens avec ces enseignants ainsi que ces camarades de classe « J'entame de bonnes relations avec mes profs malgré que je n'aime pas trop mon école... (Rie), parfois je préfère rester seule, je me trouve d'ailleurs je suis plus motivée à la maison pour étudier ».

Ces résultats scolaires sont plutôt moyens actuellement elle avoue ne pas comprendre ces notes qui chutent ; « J'étais une bonne élève que les profs prenaient toujours en exemple, je me laisse jamais être distraite par autre chose en classe même si j'ai des problèmes à la maison ».

« Hoda » c'est montré plutôt avec des manifestations d'estime de soi lorsqu'elle évoque son redoublement « J'ai refait ma 3^{ème} année moyenne une fois... (Je suis bête)... je regrette beaucoup d'avoir refait mon année, j'étais trop distraite avec mes amis ».

« Hoda » nous informe être quelqu'un qui n'aime pas échouée dans n'importe quel domaine « Je suis de genre à avoir l'habitude d'être la meilleure..., surtout lorsque j'ai vue mes camarades qui mon dépassé ça ma fait enragé. ».

Notre sujet nous raconte avec fierté le soutien qu'il lui procuré sa famille au moment de l'échec, « hm... Dieu merci ma famille m'a été d'un grand soutien psychologique...elle ma aidé a me relève jusqu'à retrouvé ma motivation.»

Constatation sur sa santé « Hoda » ne rapporte pas vraiment de manifestations de stress, liée à ces études. «Le moment des examens je ne stresse pas trop, je mange normal ». Selon ses témoignages « B.H » na pas une image de soi négative.

Pendant l'entretien on remarque que notre sujet présente des comportements d'une jeune fille plutôt bien dans ça peau. Avec des manifestations d'optimisme sur la vie voyant son avenir déjà tracé sur de bonne base, elle rapport « Je me vois être enseignante d'anglais et ouvrir un magazine (nechaleh)».

1.8.2-Analyse de l'échelle :**Tableau n°11 : Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) cas « Hoda » :**

Les notes des huit échelles de base			La note totale	Interprétation de la note totale
N° de l'échelle	L'échelle	La note	16	Selon l'échelle (MDI-C) cette note qui est inférieure à (56), indique que notre cas ne manifeste pas une dépression.
N° 1	Anxiété (A)	60		
N° 2	Estime de soi (SE)	39		
N° 3	Humeur triste (SM)	62		
N° 4	Sentiment d'impuissance (IH)	54		
N° 5	Introversion sociale (SI)	44		
N° 6	Faible énergie (LE)	55		
N° 7	Pessimisme (P)	54		
N° 8	Provocation (D)	37		

D'après le tableau ci-dessus, nous découvrons que la majorité de ses notes sur les huit échelles de base sont moins élevées et elles varient entre (37 et 62), sa note la plus élevée est celle de l'échelle (n°03) (Humeur triste) qui est de (62), parmi ses réponses qui indiquent cette humeur triste, on cite sa réponse par « vrai » sur l'item (n°08) (Je suis malheureux) et sa réponse par « faux » sur l'item (n°40) (Je suis un enfant heureux).

Elle a une note moins élevée à (60) sur l'échelle (n°01) (Anxiété), parmi ses réponses sur les items de cette échelle ; sa réponse par « vrai » sur l'item (n°03) (Je suis tendu à l'école) et sa réponse par « faux » sur l'item (n°48) (Mon esprit s'embrouille). Et une note de (55) sur l'échelle (n°06) (Faible énergie), parmi ses réponses, l'item (n°20) (Je me sens très fatigué) coté positivement.

Sa note sur les deux échelles (n°04) (Sentiment d'impuissance) et l'échelle (n°07) (Pessimisme) est de (54), parmi ses réponses ; sa réponse par « vrai » sur l'item (n°07) (Je me fais punir sans raison) de l'échelle sentiment d'impuissance et sa réponse par « faux » sur l'item (n°43) (De mauvaises choses vont m'arriver).

Ses notes sur les autres échelles sont inférieures à la moyenne qui est de (50) ; elle a une note de (44) sur l'échelle (n°05) (Introversion social) et une note de (39) sur l'échelle (n°02) (Estime de soi), et enfin elle a une note de (37) sur l'échelle (n°08) (Provocation).

La note totale de « Hoda » sur l'ensemble de la (MDI-C), est de (16/79), ce qui indique que notre cas ne manifeste pas une dépression selon le manuel de l'échelle, qui a classé la dépression dans trois niveaux.

1.8.3-Synthèse du cas « Hoda » :

« Hoda » selon les données de l'entretien cote relationnelle de « Hoda » est beaucoup plus proche de sa mère, contrairement à son paternelle avec qui elle entame un conflit au dehors. Du conteste familial le niveau scolaire de « Hoda » s'est dégradé de plus en plus. Déçue elle avoue ne pas comprendre ces chutes de résultats. Étant motivée notre cas est une adolescente plutôt bien dans sa peau cote santé elle se présente aussi ayant une personnalité de quelqu'un optimiste.

Les résultats obtenus à l'échelle (MDI-C), ont renforcés ce qu'on a conclu auprès de notre cas par l'observation et l'entretien clinique, « Hoda » ne manifeste pas une dépression et sa note totale est inférieure à (16), et ses notes sur les huit échelles de base sont basses sauf sa note sur l'échelle d'humeur triste qui est élevée à (62).

A partir de ces résultats, on peut dire que « Hoda » ne manifeste pas une dépression, et notre hypothèse « la dépression a un impact sur l'échec scolaire chez les adolescents » est infirmée.

2-Discussion et analyse des hypothèses :

L'ensemble des résultats obtenus par les outils de recueil pour vérifier notre hypothèse concernant l'impact de la dépression sur l'échec scolaire chez les adolescents en l'occurrence l'entretien clinique et l'échelle de dépression pour enfants et adolescents (MDI-C) montrent que, cette hypothèse était confirmée chez (06 sur 08cas), et infirmée chez les deux dernières cas.

Chez les six sujets, avec lesquels on a confirmé notre hypothèse, on a pu détecter deux niveaux de dépression : on a trouvé (04) cas sur (08) qui manifeste dépression faible, (Yassine), (Saliha), (Bilal), (Manisa), (02) cas sur (08) (Melissa) et (hamid), présente une dépression modérée à sévère.

M^f « Yassine » manifeste une dépression faible d'après ses résultats obtenus et d'où on a retiré ses symptômes dépressifs ; les comportements agressive ; Selon Mazanera (2003), l'agressivité chez l'adolescent dépressif est, le plus souvent, due à une insatisfaction profonde, consécutive à un manque d'affection ou à un sentiment de dévalorisation personnelle. L'asthénie, les troubles de sommeil et les troubles alimentaire, aussi notre cas souffre des problèmes d'adaptation dans l'entourage scolaire ; Selon Sillamy. N (2006), l'adolescent souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelle, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées.

M^{elle} « Saliha » présente une dépression faible et qui se manifeste par quelques signes dépressifs tels que la tristesse, des troubles du sommeil qui sont associés à des pleurs de cette jeune adolescente, des trouble alimentaires avec une anxiété apparente chez « Saliha » et selon le model cognitif de la dépression, marqué par les problèmes de communication et le pessimisme chez cette adolescente ainsi que par le désespoir vis-à-vis de son avenir.

M^f «Bilal » manifeste une dépression faible, avec quelques signes dépressifs tels qu'une tristesse, une perte d'estime de soi avec une énergie faible dont il a un corps chétif et selon ses résultats sur l'échelle de dépression il s'agit d'un garçon avec une humeur triste et qui sent impuissant, et qui soumet toujours à l'échec ; le rendement scolaire est un autre élément à considérer que peu d'auteurs mentionnent est le rendement scolaire. Selon Marcotte (2000), ce dernier devrait être un des principaux critères de sélection des groupes préventifs de la dépression.

M^{elle} « Manisa » est le quatrième sur ces huit cas qui souffre d'une dépression faible, et cette dernière se traduit par des symptômes dépressifs tels que l'anxiété, une tristesse causée par son échec et qui est associée à des pleurs ainsi que des troubles de sommeil, les schémas cognitifs d'un sujet dépressif sont inconscients, donc notre cas ne retiennent que les aspects négatifs de l'expérience vécue, et le pessimisme, le désespoir irréaliste ne sont que la traduction clinique de la perturbation du traitement de l'information par les schémas cognitifs de cette adolescente.

M^{elle} « Melissa » présente une dépression modérée à sévère, cette dernière souffre d'un multiple symptôme dépressifs, et ces dernières se rajoute à sa tentative de suicide ; Selon Misery. L, d'interroger l'adolescent sur d'éventuels sentiments de désespoir ou idées suicidaires. Rappelons enfin qu'il peut exister une vulnérabilité psychique de fond, masquée à la puberté par l'étayage de l'entourage, qui se révèle brutalement à l'adolescence : le suicide comme « geste incompréhensible », et le divorce de ses parents, sont pour elle la cause de sa tristesse et de son échec, Selon Valérie Houle (2003), plusieurs événements de vie stressants tel le divorce des parents ou un décès dans l'entourage du jeune peuvent également avoir une influence importante sur le développement du trouble dépressif.

M^f « T.N » qui présente une dépression modéré à sévère souffre d'une grave symptomatologie dépressive, causé par le décès de sa mère ; selon La théorie psychanalytique de la dépression a été exposée par Freud dans « Deuil et mélancolie » en (1916). Pour lui, la mélancolie est bien le deuil d'un projet perdu, même si ce dernier n'est pas consciemment repérable. Une anxiété intense marquée par l'évitement des gens et un stress permanent, avec des troubles du sommeil, un désinvestissement total marqué par son échec à l'école.

Dans notre échantillons de recherche, on à trouver que (Lamine) et (Hoda), est les seul cas sur (08) qui ne manifeste pas une dépression.

M^f « Lamine » c'est un garçon qui ne manifeste pas des signes dépressifs à part un sentiment d'impuissance, il s'agit d'un garçon optimiste vis-à-vis de son avenir et il a une image positive de lui-même. M^{elle} « Hoda » est une fille qui ne manifeste pas des symptômes dépressifs à part la tristesse, elle s'agit d'une fille optimiste vis-à-vis de son avenir.

Effectivement, la dépression chez les adolescents influence sur le rendement scolaire est apparue à travers des résultats obtenus par les deux outils utilisés durant notre étude : l'entretien clinique et l'échelle de dépression pour enfant et adolescent (MDI-C), en a confirmer notre hypothèse.

Conclusion

Conclusion :

Dans notre étude, nous avons vérifié l'un des problèmes psychologiques qui est la dépression chez les adolescents qui ont un échec scolaire, ces derniers avaient des risques plus élevés de manifester des symptômes dépressifs, d'après toutes les recherches effectuées au cours de notre étude et tous les témoignages recueillis, on a démontré le degré de la dépression chez ces adolescents à travers leurs histoires familiales et leurs vécus à l'école et à travers leur état de santé et d'après leurs projets pour l'avenir.

Nous avons répondu à notre question de départ, à partir des ouvrages consultés, de ce qu'on a investigué, analysé et étudié en utilisant des techniques et des outils d'investigation qui enrichissent notre étude comme l'entretien clinique qui est l'outil de collecte de données, en ce qui concerne le repérage de la dépression, on a utilisé l'échelle de dépression pour enfant et adolescent (MDI-C).

Notre hypothèse, la dépression se manifeste chez les adolescents qui ont un échec scolaire, a été plus d'un égard confirmée chez (06) cas sur (08) et infirmée chez (02) cas sur (08).

Même si on est arrivé à ces résultats de la recherche reste limité parce que on ne peut pas généraliser les résultats de notre recherche sur toute la population des adolescents qui ont un échec scolaire il y a d'autres effets qui mènent à l'échec scolaire tel que le divorce des parents les problèmes familiaux et d'autres pathologies tel que les troubles de la personnalité et les maladies somatiques graves.

Enfin, notre sujet de recherche permet une ouverture sur d'autres recherches et d'autres perspectives.

Bibliographie

1-Liste des livres :

1-AREZKI Dalila, (2010), « psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent », Algérie.

2-BENONY. H et CHAHRAOUI. KH, (1999), « l'entretien clinique », Dunod, Paris.

3-BENONY. H & CHAHRAOUI. KH. (2003), « méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique », Dunod, Paris.

4-BERNARD Charlot, (1997), « du rapport au savoir ; éléments pour une théorie », Ed. Economica, Paris.

5-BERTRAND Servais Muriel, (2004), « comprendre la dépression pour en guérir », Vuibert, Paris.

6-BESANCAN. R. (2005), « manuel de psychopathologie », Dunod, Paris.

7-BOURCET Stéphane et all, (2003), « psychopathologie clinique », Ellipses, Paris.

8-CANOUI. P, RAMOS.O, MESSERSCHMITT. P. (1993), « Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent », Maloine, Paris.

9-CHABERT Catherine et all. (2005), « figures de la dépression », Paris, Dunod

10-CHILAND. C. (1983), « entretien clinique », PUF, Paris.

11-CLAES Michel. (1983), « L'expérience adolescente, Collection psychologie et sciences humaines », Edition Pierre Mardaga, Mardaga, Bruxelles.

12-COGNET Georges, Marty Françoise, (2007). « Introduction a la psychologie scolaire », Dunod, Paris.

13- COSSLIN. G Pierre, (2010), « Psychologie de l'adolescent », 3éd, Armand Colin, Paris.

14-COTTRAUX. J. (2004), « les thérapies comportementales et cognitives », 4eme ED, Paris, Masson.

15-DAVID. J. B & CHARLES. F.K. (1999), « échelle composite de dépression pour enfants », copyright, Paris.

16-DELAROCHE Patrick, (2000), « l'adolescence, En jeux. (Clinique et thérapeutique) », Nathan, Paris.

17-DELAROCHE Patrick, (2008), « l'adolescence, En jeux Clinique et thérapeutique », Nathan, Paris.

18-DOCTAU, Cyrille Cahert. (1996). « thérapie de l'échec scolaire », Nathan, France.

19-HASSELNBERG Michael, (2001), « étudiants du secteur social psychologie de l'enfant et de l'adolescent », édition Vuibert, Paris.

20-LUTTE Gérard, (1988), « Libérer l'adolescence », MARDAGA, Liège.

21-MAREAU Charlotte, et DREYFUS VANEK Adeline, (2004), « l'indispensable de la psychologie », Studyrama, France.

22-MARTY François. (2008), « Les grands concepts de la psychologie », Dunod, Paris.

23-MAURY Sandrine. (2008), « Aider les élèves en difficulté », éd D'organisation, Paris.

24-MAZANERA. C. (2003), « troubles de l'humeur », Masson, Paris.

25-MICHAEL. B & Harold. A.P, (2004), « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », Masson, Paris.

26-PIGNARRE Philippe, (2001), « comment la dépression est devenue une épidémie », édition la Decouverte, Paris.

27-PEDINIELLI. J.L. (1994), « introduction à la psychologie clinique », Nathan, Paris.

28-PEDINIELLI .J.L. (2005), « les états dépressifs », Armand Colin, Paris.

29-ROUGEUL Françoise, (2006), « comprendre la crise d'adolescence », édition Eyrolles, Paris.

30-TOURRETT Catherine et GUIDETTI Michèle, (2008), « Introduction à la psychologie du développement, du bébé à l'adolescent », 3 éd, Paris, Armand Colin, Paris.

2- Liste de dictionnaires :

1-BLOCH Henriette et all. (1992), « Grand dictionnaire de la psychologie », 2ed, Larousse, Bruxelles.

2-CHAMPY PH et al, (1999). « Dictionnaire encyclopédie de l'éducation et la formation », 2^{ème} Ed, Nathan, France.

5-Dictionnaire de français, (2004), « Larousse », Larousse/ SEJER, France.

6-Dictionnaire « le petit Larousse », (2010), Paris.

3-SILLAMY N. (1999), « Dictionnaire de psychologie », Larousse, Paris.

4-SILLAMY N. (2003), « Dictionnaire de psychologie », Larousse, Paris.

3-Liste des revues :

1-BROUSSELLE. A, et GRIBEAULTE.A, (2001), « adolescence », collection Semailles, édition la SARP, Algérie.

2-LOBROT Michel, 1999. « Du nouveau sur l'échec et la réussite scolaires », Revue française de pédagogie. Volume 128, France.

4-Liste des articles :

1 -BEAULIEU Julie, C. BLAYA, (2007), « victimisation par les pairs à l'école et dépression à l'adolescence : une réalité franco-québécoise », France, département des sciences de l'éducation université du Québec à Rimouski

2-BONNOT. O, (2009), « états dépressifs à l'adolescence », Elsevier Masson. N°7-0354, Paris

3-BRACONNIER A. et BARBE. R. (2006), « Adolescence et psychothérapie, Psychothérapies », Volume 26, Médecine & Hygiène, paris.

6-HOULE Valérie, (2003), «prévention de la dépression chez les adolescents et les adolescentes à risque », Québec, Monique Comeau direction de santé publique.

4-MISERYA. L, FETON-DANOUC. N, et all. (2011), « isotrétinoïne et dépression à l'adolescence », Paris, France.

5-NOUYRIGAT Emmanuel, (2011), « Dépression de l'adolescent », Service des bonnes pratiques professionnelles HUTE Autorité de santé, Paris.

7-SELTENSPERGER, C. MILLE, J.-M. GUILLE, (2011). « Un cas de dépression masquée chez un adolescent », Paris, Elsevier Masson.

4- Liste des thèses :

1-BOULENOUAR Hadj. KH. (2006). « Fonctionnement et organisation psychique des enfants et des adolescents en échec scolaire électif », l'université de lumière Lyon (2), Lyon.

2-EVE-Marie, (2012), « étude longitudinale de l'influence des symptômes dépressifs et de l'expérience scolaire sur le décrochage chez les adolescents », université du Québec, Montréal.

5-Cites internet :

1-www.cairn.info. Le (20-02-2015) à (15H30)

2-www.sciencedirect.com. Le (02-01-2015) à (01H00)

3-http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfp_05567807_1999_num_128_1_1075, (10/02/2015) à (20H00).

Annexes

ANNEXE A :
Guide d'entretien

Guide d'entretien :

Axe n°1 : Les renseignements personnels

-Nom :

-Prénom :

-Sexe :

-Age :

-Niveau d'étude :

Axe n°2 : Vécu de l'adolescent dans le milieu familial

Avez-vous des parents ? Pouvez-vous me parler de vos relations avec eux ?

Avez-vous de frères et des sœurs ? Quel est leurs nombres ?

Pouvez-vous me parler de vos relation avec ceux et celles ?

Quand vous avez un problème, à qui s'adressez-vous dans votre famille ?

Comment vous passez votre week-end ?

Axe n°3 : Vécu de l'adolescent dans le milieu scolaire

Pouvez-vous me parler de vos relations avec les enseignants et vos camarades de classe ?

Comment trouvez-vous votre école ?

Arrivez- vous à suivre vos cours en classe ?

-Information sur les études :

Combien d'année avez vous refait ? Quelle sont les années ?

Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à l'échec ? Comment vous sentez vous au moment de l'échec ?

Est-ce que votre famille vous encourage ou pas ?

Est-ce que vous êtes un membre perturbateur en classe ? S'absentez vous ou cours ?

Quelle est votre façon de révisé ? Stressez-vous pendant la période des examens ?

Quelle est votre réaction face aux résultats ? Comparez-vous vos résultats par rapport aux autres ?

Axe n°4 : La symptomatologie dépressive

Quels sont vos projets pour l'avenir ?

Comment vous voyez vous part apport aux autres ?

Est-ce que vous arrive de vivre des moments de tristesse ?

Avez-vous des troubles de sommeil ?

Est-ce que vous ne sentez pas un changement d'appétit ?

Pensée vous par fois a la mort ?

Sentez vous que vous êtes aimer par les autres ?

Rencontrez-vous des ennuis à l'école ?

Quelle est votre réaction en cas de colère ?

Êtes-vous de genre pessimiste ou optimiste ?

ANNEXE B :

Les items des huit échelles de base

1. Les items de l'échelle n°1A : Anxiété (11items)

- 1. dans la journée, je rêve beaucoup.
- 3. je suis tendu à l'école.
- 13. je ne peux pas rester en place.
- 22. j'oublie beaucoup de choses.
- 23. je suis très inquiet.
- 36. je me fais du souci au sujet de la mort.
- 37. J'ai des maux de tête qui font très mal.
- 47. Je fais des rêves qui me font très peur.
- 48. Mon esprit s'embrouille.
- 54. Je suis calme.
- 70. Je ne me sens pas du tout en danger.

2. Les items de l'échelle n°2 SE : Estime de soi (08 items)

- 2. Les autres enfants m'aiment bien.
- 11. Je me déteste.
- 21. Les enfants m'embêtent.
- 49. Je m'aime bien.
- 50. Je me sens moche.
- 66. Je suis vraiment maladroit.
- 69. J'aime bien la tête que j'ai.
- 71. Je me trouve très bien.

3. Les items de l'échelle n° 3 SM : Humeur triste (08 items)

- 8. Je suis malheureux.
- 29. Je suis un enfant heureux.
- 40. Je me sens triste.
- 41. J'ai le cafard.
- 51. Je m'amuse.
- 60. C'est difficile de se sentir heureux.
- 77. Je m'ennuie.
- 78. J'ai une vie heureuse.

4. Les items de l'échelle n° 4 IH : Sentiment d'impuissance (11 items)

- 7. Je me fais punir sans raison.
- 17. Ma famille m'écoute.
- 19. Je ne m'amuse pas beaucoup.
- 28. On ne fait beaucoup attention à moi.
- 39. Les gens ne sont pas justes avec moi.
- 44. Ma famille s'intéresse à moi.
- 56. Personne ne s'inquiéterait si je mourais.
- 58. Mes amis écoutent mes problèmes.
- 59. Mes professeurs sont avec moi.
- 75. Personne n'écoute quand je me plains.
- 76. Mais amis ne sont jamais là quand j'ai besoin d'eux.

5. Les items de l'échelle n° 5 SI : Introversion sociale (10 items)

- 6. J'aime être avec les gens.
- 16. Je n'ai pas d'amis.

24. En classe, je n'ose pas demander pour aller aux toilettes.

26. Je ne veux pas vivre.

27. Les enfants ne veulent pas jouer avec moi.

38. J'adore jouer avec des amis.

52. J'aime jouer.

57. Je n'aime pas parler.

64. A l'école, je reste toute seule.

74. J'aime sortir avec des amis.

6. Les items de l'échelle n°6 LE : Faible énergie (08 items)

12. Je suis en pleine forme.

14. J'ai mal au ventre.

20. Je me sens très fatigué.

32. J'abandonne facilement.

33. J'ai envie de dormir.

34. Mes amis me fatiguent beaucoup.

53. Je me fatigue trop facilement.

68. Je n'ai jamais assez dormi.

7. Les items de l'échelle n° P : Pessimisme (09 items)

5. Je pense beaucoup à la mort.

10. La chance est contre moi.

18. Je vais avoir un bel avenir.

31. J'ai de la chance.

43. De mauvaises choses vont m'arriver.

46. Je me sens très malade.

62. Les choses vont mieux pour moi.

63. Mon avenir sera bien.

79. Je m'attends à avoir plus de problèmes.

8. Les items de l'échelle n° 8 D : Provocation (13 items)

4. Je m'attire des ennuis à l'école.

9. Quand je suis en colère, je deviens méchant.

15. Je prends des choses sans demander avant.

25. Je me tiens bien.

30. Je me dispute avec mes professeurs.

35. Je suis attentifs.

42. J'ai mauvais caractère.

55. Il m'arrive de m'enfuir de la maison.

61. Je suis furieux contre ma famille.

65. Je fais des sottises.

67. J'écoute bien.

72. J'aime détruire les choses.

73. J'évite les ennuis.

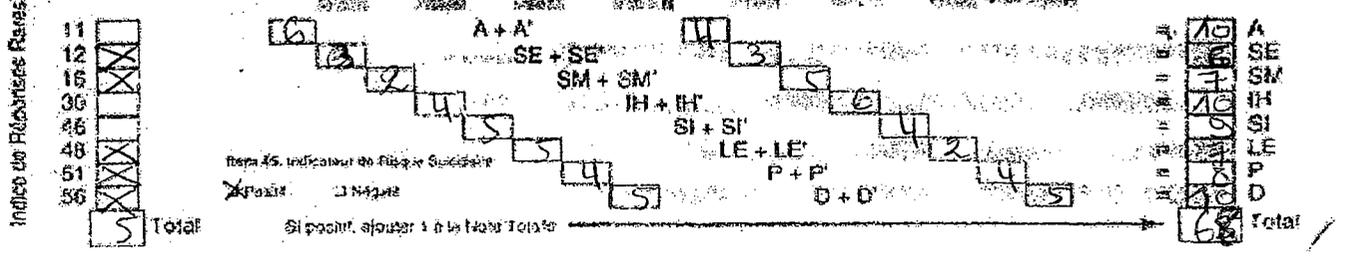
ANNEXE C :

Présentation des résultats de l'échelle (MDI-C) selon les cas

CAS N° 1 : « T.A »

A = Anxiété
 SE = Estime de Soi
 SM = Humeur Triste
 IH = Sentiment d'impuissance
 SI = Introversi6n Sociale
 LE = Faible Energie
 P = Pessimisme
 D = Provocation

		A	SE	SM	IH	SI	LE	P	D		A'	SE'	SM'	IH'	SI'	LE'	P'	D'				
1.	V	☒									☒									V	40.	
2.	F		☒								☒									V	41.	
3.	V	☒																		V	42.	
4.	V								☒								☒			V	43.	
5.	V							☒					☒						F	44.		
6.	F					☒													Indicateur de Risque Suicidaire		V	45.
7.	V				☒													☒		V	46.	
8.	V			☒							☒									V	47.	
9.	V								☒											V	48.	
10.	V							☒											F	49.		
11.	V		☒																	V	50.	
12.	F							☒					☒						F	51.		
13.	V	☒												☒					F	52.		
14.	V																	☒		V	53.	
15.	V								☒		☒								F	54.		
16.	V						☒												☒	V	55.	
17.	F				☒															V	56.	
18.	F							☒							☒					V	57.	
19.	V				☒														F	58.		
20.	V							☒					☒						F	59.		
21.	V		☒																	V	60.	
22.	V	☒										☒								V	61.	
23.	V	☒																	F	62.		
24.	V						☒											☒		F	63.	
25.	F								☒									☒		V	64.	
26.	V						☒												☒	V	65.	
27.	V																			V	66.	
28.	V				☒														F	67.		
29.	F			☒														☒		V	68.	
30.	V											☒							F	69.		
31.	F							☒			☒								F	70.		
32.	V											☒							F	71.		
33.	V																		☒	V	72.	
34.	V																		☒	F	73.	
35.	F																			F	74.	
36.	V	☒																		V	75.	
37.	V		☒																	V	76.	
38.	F																			V	77.	
39.	V				☒							☒								F	78.	
																				V	79.	



CAS N° 2 : « A.M »

Feuille de profil

Echelle Composite de Dépression pour l'Enfant (MDI-C) par David J. Berndt, Ph. D. et Charles F. Kaiser, Ph. D.

Indice de Réponses Rares
Indicateur de Risque Suicidaire



Nom: AM Date: 23.01.2015 Age: 16 ans

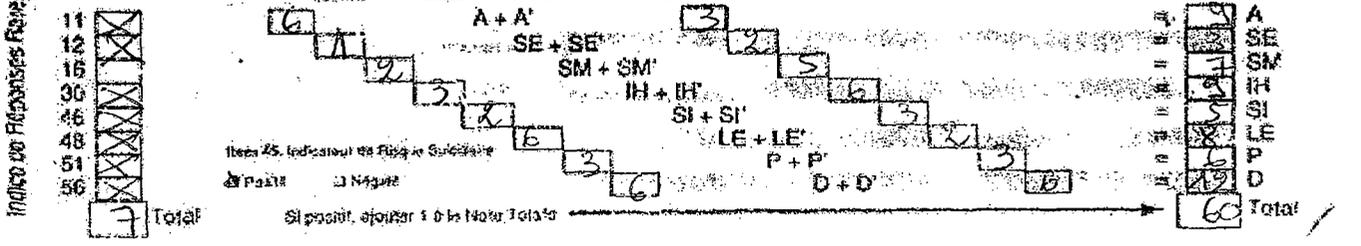
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	
106 - 116																																																																																	
Echelle																																																																																	
Anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Estime de Soi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Humeur Triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Sentiment d'impuissance	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Introspection Sociale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Faible Energie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Pessimisme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Provocation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
107 - 116																																																																																	
Echelle																																																																																	
Anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Estime de Soi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Humeur Triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Sentiment d'impuissance	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Introspection Sociale	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Faible Energie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Pessimisme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Provocation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

Copyright © 1998 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Translated and reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services, Inc. to be reproduced in any form without written permission of Western Psychological Services, 12023 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025, USA. All rights reserved. Copyright © 1999 by les Editions du Centre de Psychologie Appliquée - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

CAS N° 3 : « M.B »

A = Anxiété	SI = Introversi6n Sociale
SE = Estime de Soi	LE = Faible Energic
SM = Humeur Triste	P = Pessimisme
IH = Sentiment d'impuissanc	D = Provocation

	A	SE	SM	IH	SI	LE	P	D	A'	SE'	SM'	IH'	SI'	LE'	P'	D'		
1. V		X															V	40.
2. F		X															V	41.
3. V		X															V	42.
4. V		X						X								X	V	43.
5. V							X										F	44.
6. F					X												V	45.
7. V				X												X	V	46.
8. V			X						X								V	47.
9. V								X	X								V	48.
10. V							X										F	49.
11. V		X							X								V	50.
12. F							X										F	51.
13. V		X															F	52.
14. V																X	V	53.
15. V								X	X								F	54.
16. V									X								V	55.
17. F																X	V	56.
18. F							X									X	V	57.
19. V																	F	58.
20. V								X									F	59.
21. V																X	V	60.
22. V		X															V	61.
23. V		X															F	62.
24. V																X	F	63.
25. F								X								X	V	64.
26. V																	V	65.
27. V																X	V	66.
28. V																	F	67.
29. F																X	V	68.
30. V								X									F	69.
31. F									X								F	70.
32. V																X	F	71.
33. V																	V	72.
34. V																	F	73.
35. F																X	F	74.
36. V																	V	75.
37. V		X															V	76.
38. F																X	V	77.
39. V																	F	78.
																	V	79.



Feuille de profil
GARÇON

Echelle Composite de Dépression pour Enfant (M.D.I.C.) par David J. Berndt, Ph. D. et Charles F. Kaiser, Ph. D.
Nom M.B.S.
Date 2/15/95 Age 7 ans

Indice de Risques Pares
Indicateur de Risque Suicidaire



Note brute	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Echelle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Estime de Soi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Humeur Triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Sentiment d'impuissance	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Introversi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Faible Energie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Pessimisme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Provocation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80
Total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54-55	56-57	58-59	60-61	62-63	64-65	66-67	68-69	70-71	72-73	74-75	76-77	78-79	80

Note brute	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Echelle	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Anxiété	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Estime de Soi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Humeur Triste	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Sentiment d'impuissance	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Introversi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Faible Energie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Pessimisme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Provocation	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19
Total	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19

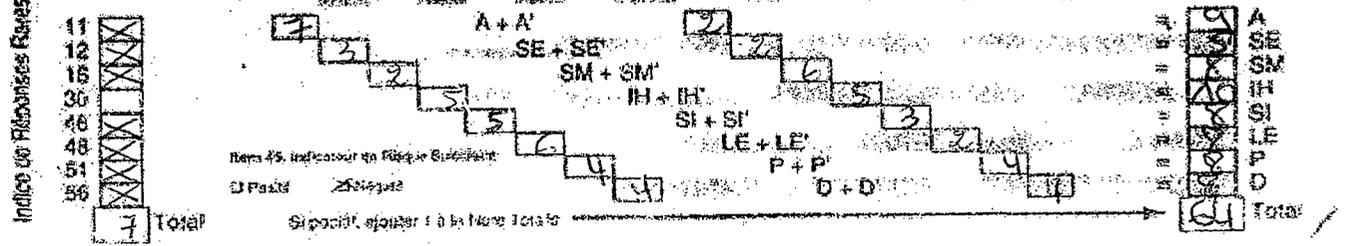
Indice de Risques Pares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24	25	26-27	28-29	30-31	32	33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46	47	48	49-50	51	52	53-54	55	56	57-58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Indice de Risques Pares	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24	25	26-27	28-29	30-31	32	33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46	47	48	49-50	51	52	53-54	55	56	57-58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
Indicateur de Risque Suicidaire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24	25	26-27	28-29	30-31	32	33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46	47	48	49-50	51	52	53-54	55	56	57-58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80

Copyright © 1996 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Translated and reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services. Not to be reproduced in any form without written permission of Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025, USA. All rights reserved. Copyright © 1989 by les Editions du Centre de Psychologie Appliquée - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

CAS N° 4 : « M.S »

A = Anxiété	SI = Introspection Sociale
SE = Estime de Soi	LE = Faible Energie
SM = Humeur Triste	P = Pessimisme
IH = Sentiment d'impuissance	D = Provocation

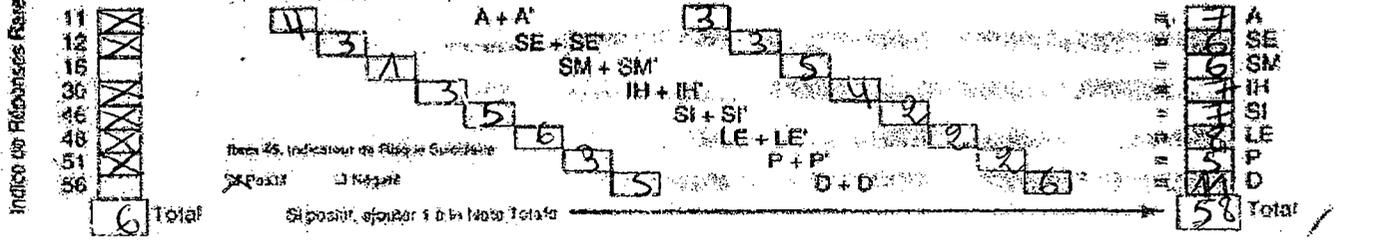
	A	SE	SM	IH	SI	LE	P	D		A'	SE'	SM'	IH'	SI'	LE'	P'	D'				
1. V	☒																		V	40.	
2. F		☒																		V	41.
3. V	☒																			V	42.
4. V								☒										☒		V	43.
5. V							☒												F	44.	
6. F																				V	45.
7. V																				V	46.
8. V																				V	47.
9. V																				V	48.
10. V																				F	49.
11. V																				V	50.
12. F																				F	51.
13. V	☒																			F	52.
14. V																				V	53.
15. V																				F	54.
16. V																				V	55.
17. F																				V	56.
18. F																				V	57.
19. V																				F	58.
20. V																				F	59.
21. V																				V	60.
22. V	☒																			V	61.
23. V	☒																			F	62.
24. V																				F	63.
25. F																				V	64.
26. V																				V	65.
27. V																				V	66.
28. V																				F	67.
29. F																				V	68.
30. V																				F	69.
31. F																				F	70.
32. V																				F	71.
33. V																				V	72.
34. V																				F	73.
35. F																				F	74.
36. V	☒																			V	75.
37. V	☒																			V	76.
38. F																				V	77.
39. V																				V	78.



CAS N° 5 : « L.Y »

A = Anxiété	SI = Introversión Social
SE = Estime de Soi	LE = Faible Energie
SM = Humeur Triste	P = Pessimisme
IH = Sentiment d'impuissance	D = Provocation

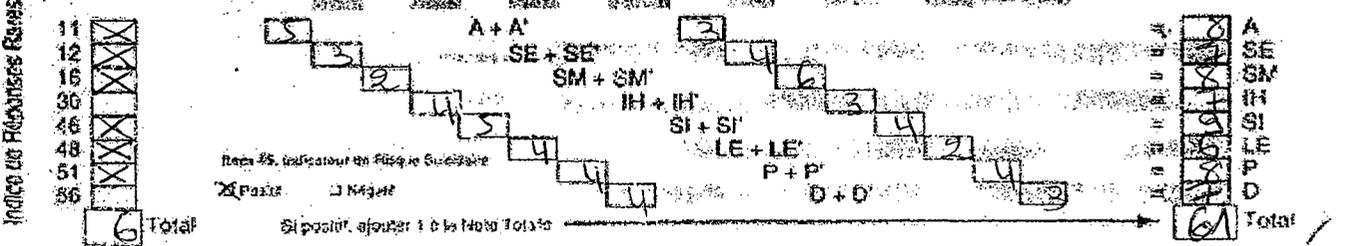
	A	SE	SM	IH	SI	LE	P	D	A'	SE'	SM'	IH'	SI'	LE'	P'	D'	
1. V																	V 40.
2. F																	V 41.
3. V																	V 42.
4. V																	V 43.
5. V																	F 44.
6. F																	V 45.
7. V																	V 46.
8. V																	V 47.
9. V																	V 48.
10. V																	F 49.
11. V																	V 50.
12. F																	F 51.
13. V																	F 52.
14. V																	V 53.
15. V																	F 54.
16. V																	V 55.
17. F																	V 56.
18. F																	V 57.
19. V																	F 58.
20. V																	F 59.
21. V																	V 60.
22. V																	V 61.
23. V																	F 62.
24. V																	F 63.
25. F																	V 64.
26. V																	V 65.
27. V																	V 66.
28. V																	F 67.
29. F																	V 68.
30. V																	F 69.
31. F																	F 70.
32. V																	F 71.
33. V																	V 72.
34. V																	F 73.
35. F																	F 74.
36. V																	V 75.
37. V																	V 76.
38. F																	V 77.
39. V																	F 78.



CAS N° 6 : « L.M »

A = Anxiété	SI = Introversi6n Societe
SE = Estime de Soi	LE = Faible Energie
SM = Humeur Triste	P = Passivisme
IH = Sentiment d'impuissance	D = Provocation

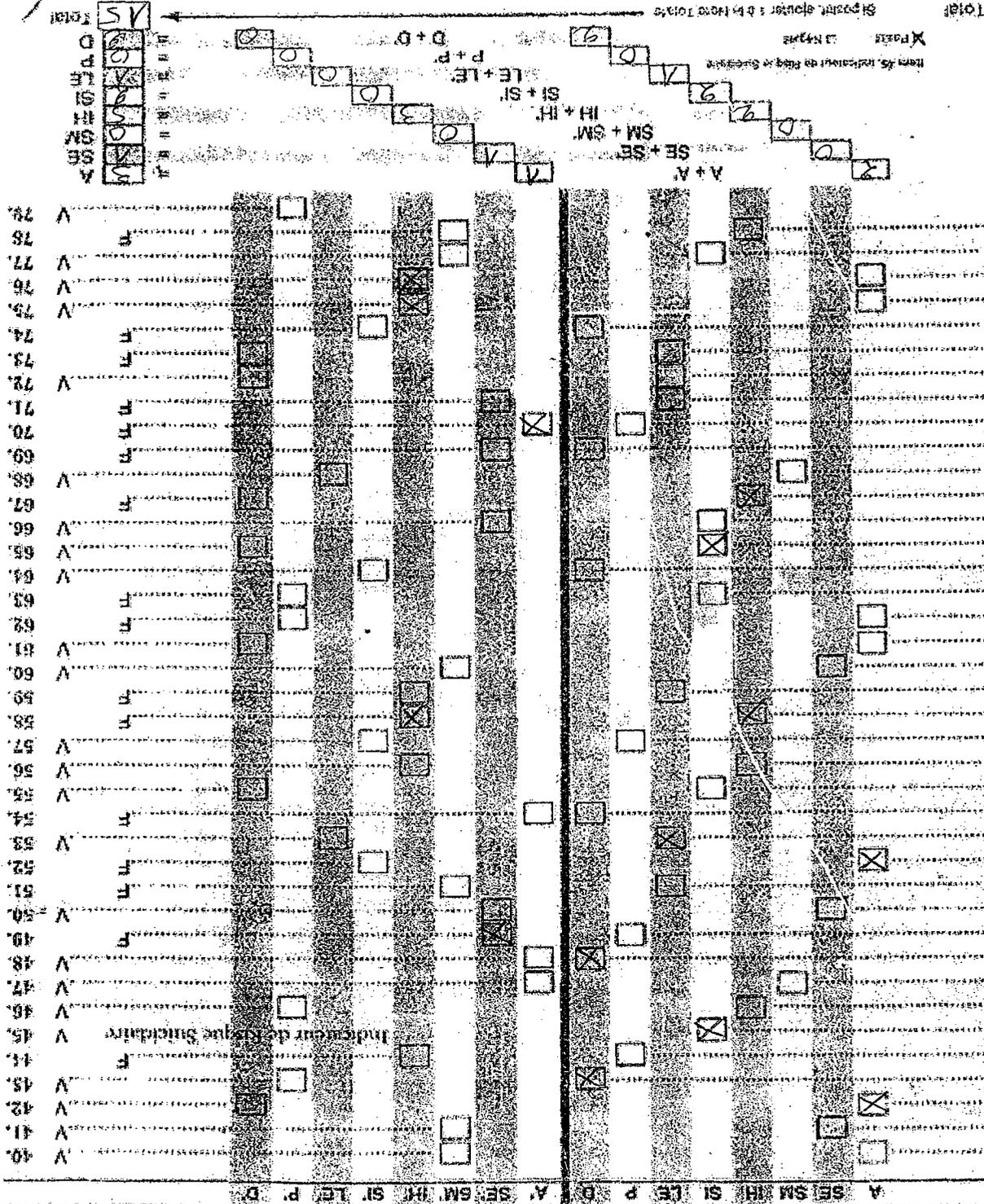
	A	SE	SM	IH	SI	LE	P	D		A'	SE'	SM'	IH'	SI'	LE'	P'	D'			
1. V	X																		V	40.
2. F		X																	V	41.
3. V	X																		V	42.
4. V								X									X		V	43.
5. V								X											F	44.
6. F					X														V	45.
7. V				X													X		V	46.
8. V			X						X										V	47.
9. V								X											V	48.
10. V								X											F	49.
11. V		X								X									V	50.
12. F								X			X								F	51.
13. V	X													X					F	52.
14. V															X				V	53.
15. V								X											F	54.
16. V																	X		V	55.
17. F				X															V	56.
18. F								X						X					V	57.
19. V																			F	58.
20. V								X											F	59.
21. V		X								X									V	60.
22. V	X																		V	61.
23. V																	X		F	62.
24. V								X											F	63.
25. F								X											V	64.
26. V															X				V	65.
27. V										X									V	66.
28. V																			F	67.
29. F				X													X		V	68.
30. V																			F	69.
31. F								X		X									F	70.
32. V										X									F	71.
33. V																			V	72.
34. V																			F	73.
35. F								X									X		F	74.
36. V		X																	V	75.
37. V																			V	76.
38. F		X																	V	77.
39. V																			F	78.
																			V	79.



CAS N°7 : « A.L »

Indice des Réponses Révis

11
12
15
16
20
26
28
48
51
56
Total

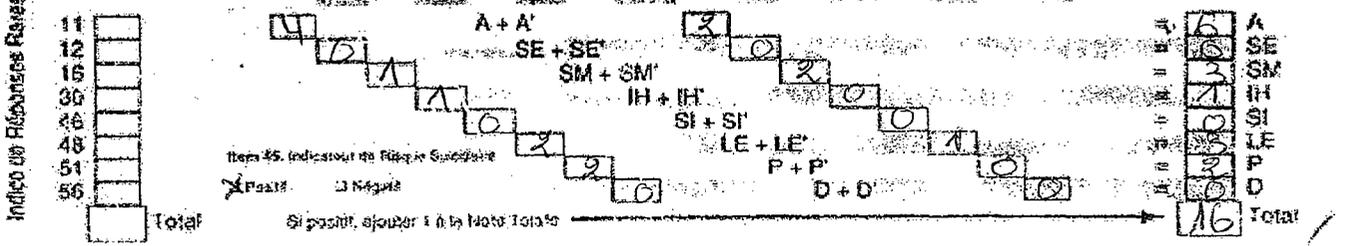


A = Anxiété
 SE = Estime de soi
 SM = Humeur triste
 IH = Sentiment d'impuissance
 SI = Inversion sociale
 LE = Faible énergie
 P = Pessimisme
 D = Provocation

CAS N°8 : « B.H »

A = Anxiété SI = Introversion Sociale
 SE = Estime de Soi LE = Faible Énergie
 SM = Humeur Triste P = Pessimisme
 IH = Sentiment d'impuissance D = Provocation

		A	SE	SM	IH	SI	LE	P	D		A	SE	SM	IH	SI	LE	P	D				
1.	V																			V	40.	
2.	F																			V	41.	
3.	V	X																		V	42.	
4.	V																			V	43.	
5.	V							X											F	44.		
6.	F																			V	45.	
7.	V				X															V	46.	
8.	V			X						X										V	47.	
9.	V																			V	48.	
10.	V							X											F	49.		
11.	V																			V	50.	
12.	F																			F	51.	
13.	V	X																		F	52.	
14.	V																			V	53.	
15.	V																			F	54.	
16.	V																			V	55.	
17.	F																			V	56.	
18.	F																			V	57.	
19.	V																			F	58.	
20.	V							X												F	59.	
21.	V												X							V	60.	
22.	V																			V	61.	
23.	V	X																		F	62.	
24.	V																			F	63.	
25.	F																			V	64.	
26.	V																			V	65.	
27.	V																			V	66.	
28.	V																			F	67.	
29.	F																	X		V	68.	
30.	V																			F	69.	
31.	F																		X	F	70.	
32.	V																			F	71.	
33.	V																			V	72.	
34.	V																			F	73.	
35.	F																			F	74.	
36.	V	X																		V	75.	
37.	V																			V	76.	
38.	F																		X	V	77.	
39.	V																			F	78.	
																					V	79.



Feuille de profil

Echelle Composite de Dépression pour Enfant (MDI-C) par David J. Kennell, Ph. D. et Charles F. Kaiser, Ph. D.

Nom

M. B. H.

Date

AB 6 5 2005

Age

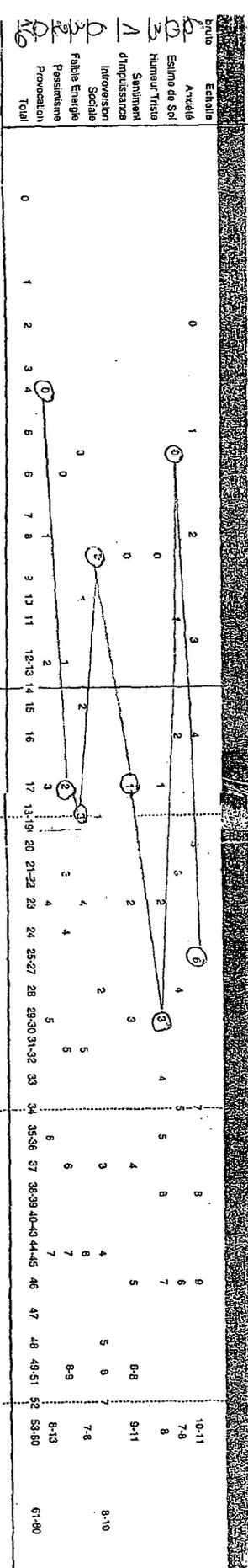
15 ans

Indice de Réponses Fares
Indicateur de Risque Suicidaire

ecppa
Les Experts
du Centre
de Psychologie
Appliquée

10-11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78

10-11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18-19	20-21	22	23	24-25	26-27	28-29	30-31	32-33	34-35	36-37	38-39	40-41	42-43	44-45	46-47	48-49	50-51	52-53	54	55	56	57-59	60-78



Copyright © 1996 by WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES. Translated and reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services. Not to be reproduced in any form without written permission of Western Psychological Services, 12091 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025, USA. All rights reserved. Copyright © 1999 by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

54410010-01/2007