

**REVUE QUÉBÉCOISE
DE PSYCHOLOGIE**

SOMMAIRE

Dans les coulisses de la <i>Revue québécoise de psychologie</i>	5
L'ADOLESCENCE	
Monique Senécal Présentation	15
Amélie BENOIT, Dave MIRANDA, Michael CLAES L'attachement aux amis et la détresse psychologique à l'adolescence : une étude longitudinale	19
Diane MARCOTTE Les facteurs prédictifs de l'émergence du trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire	37
Roxanne RICHARD, Diane MARCOTTE Anxiété et dépression chez les adolescents : similitudes et différences dans les facteurs associés	57
Valérie OUELLETTE, Diane MARCOTTE Distorsions cognitives et symptômes précurseurs de la concomitance dépression/troubles de comportement chez les adolescents	81
Michelle DUMONT, Danielle LECLERC, Suzie McKINNON La conciliation travail-études : conséquences différées sur l'adaptation scolaire et psychosociale d'adolescents québécois	103
Dave MIRANDA, Julien MORIZOT, Alexandre J. S. MORIN, Régine DEBROSSE Traits de personnalité et santé physique à l'adolescence	119
Karine DUBOIS-COMTOIS, Chantal CYR La théorie de l'attachement comme cadre de référence dans les interventions auprès des adolescents	143
Nathalie CARTIERRE, René DEMERVAL, Nathalie COULON Développement et validation préliminaire de l'Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents (EACA)	163
Danielle LECLERC, Jocelyne PRONOVOST, Michelle DUMONT Échelle de coping pour adolescent : validation canadienne-française de l'Adolescent coping scale de Frydenberg et Lewis (1993)	177

Sommaire

ARTICLES LIBRES

Karine CLOUTIER, André MARCHAND, Michel J. DUGAS, Kieron O'CONNOR, Naomi KOERNER, Pasquale ROGERGE Analyse comparative de l'utilisation de services de santé associée aux troubles anxieux	199
Michèle DÉRY, Cathy DURETTE, Jean TOUPIN Habiletés cognitives et trouble des conduites précoce chez les filles	217
Serge LARIVÉE, Geneviève TURCOTTE Études sur la prière pour autrui : critiques méthodologiques, épistémologiques et éthiques	233
RECENSIONS DE LIVRES	253

ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans le numéro de septembre 2008.
La référence aurait dû se lire comme suit :

Khouzam, C., Leblanc, G., Marchand, A., & Guay, S. (2007). Validation canadienne-française du Questionnaire sur la peur de l'intimité. *Revue québécoise de psychologie*, 28(2), 277-292.

N.D.L.R. : L'utilisation du genre non marqué dans les textes vise à alléger la lecture et ne se veut aucunement discriminatoire.

DANS LES COULISSES DE LA REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE

Quand, réunis pour un comité de rédaction de la *Revue*, nous nous sommes penchés sur ce que nous allions faire pour souligner son trentième anniversaire, l'idée nous est venue de partager avec tout le lectorat comment fonctionne la *Revue*. Le « patchwork » des témoignages des personnes qui s'impliquent dans le fonctionnement de la *Revue* devrait vous faire mieux connaître ceux qui travaillent dans les coulisses et qui vous permettent de lire la *Revue*.

Lorsqu'on m'a demandé au début de l'année 1997 de participer à un comité de rédaction pour me proposer de prendre en charge un numéro thématique de la *Revue québécoise de psychologie*, j'ai été enchantée par l'idée. J'ai cherché quelles avaient été les thématiques en lien avec mes intérêts (les troubles psychopathologiques des enfants et leur impact) et ai proposé un numéro concernant *Les problèmes de l'enfant*. Je n'avais pas vraiment réalisé en assistant avec ma collègue de département Micheline Dubé à cette première réunion du comité de rédaction que je la remplacerais sur ce comité et que mon implication au sein de la *Revue* allait si vite prendre une telle ampleur...

Depuis septembre 1998, j'assume, en effet, la direction de la *Revue*. Je profite de cette occasion pour remercier toutes les personnes qui ont eu la gentillesse de me guider, de m'enseigner des tonnes de choses, de m'accompagner, de me soutenir et d'être là simplement : les anciens directeurs de la *Revue* (Pierre Michaud – son créateur, Gilles Dubois, Huguette Bégin et surtout Léandre Bouffard qui est resté à mes côtés comme Rédacteur en chef de septembre 1999 à juin 2007), tous les membres des comités de rédaction et de gestion, les membres du personnel travaillant au site de l'Ordre des Psychologues du Québec (et surtout Suzanne Malette, notre comptable), les membres du personnel rattachés au site de Trois-Rivières (Manon Normandin, responsable de la mise en page des textes et soutien essentiel de la directrice; les secrétaires du Département qui gèrent les demandes au quotidien; Sylvie Robidoux et Lynda Méthot – réviseurs des textes – et Hélène Gaudette, vérificatrice des mots-clés, résumés des textes, versions anglaise et française), les directeurs du Département de psychologie, le Service de la bibliothèque et le Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), les nombreux évaluateurs qui permettent que les textes publiés soient de grande qualité et les auteurs qui soumettent de bons articles.

En assumant plusieurs tâches, j'ai eu l'occasion de rencontrer de nombreuses personnes qui – comme les membres des comités de la

Revue – s'intéressent à la diffusion des publications dans le domaine de la psychologie. Notre *Revue* a comme spécificité son ouverture à toutes les orientations et son intérêt pour les articles pouvant avoir des retombées concrètes pour les praticiens.

L'ensemble des textes qui suit (présentés par ordre d'ancienneté au sein du comité de rédaction) devrait vous donner une idée de qui s'implique actuellement dans la *Revue* et, peut-être, vous permettre de jeter un autre regard sur chacun des numéros que vous prendrez en mains¹... Peut-être cela stimulera un désir de vous impliquer, vous aussi, dans la *Revue*?

Colette Jourdan-Ionescu

Psychologue et docteur en psychologie

Professeure titulaire au Département de psychologie de l'UQTR

*Directrice de la *Revue québécoise de psychologie* depuis septembre 1998*

MAINTENANT 30 ANS...

Maintenant la *Revue québécoise de psychologie* a trente ans! Que de souvenirs publiés depuis les tout premiers débuts!

À commencer par les résultats d'un sondage² préparé par le comité d'étude « d'une esquisse de projet de revue québécoise de psychologie » et subventionné par la Corporation professionnelle des psychologues du Québec pour vérifier l'intérêt soulevé chez la gent psychologique. Ont répondu 680 personnes provenant d'horizons variés dont 85 % exprimaient le désir de s'abonner et un grand nombre prêts à soumettre un ou deux articles par année, sans compter ceux qui se proposaient pour faire partie du comité de rédaction ou du comité de lecture. Cet enthousiasme fut convaincant pour le comité d'étude qui décida de se transformer en comité de rédaction.

En 1991, *Psychologie Québec*³, journal de la CPPQ édité sous la plume de Donald Brouillette, rapportait une entrevue avec Pierre Michaud et Michel Huard pour souligner les 10 ans d'existence de la RQP. Le premier numéro comptait 130 pages et en définissait l'orientation générale : revue scientifique, de transfert de connaissances, à mi-chemin

-
1. À propos, pour souligner le trentième anniversaire de la *Revue québécoise de psychologie*, vous pourrez constater que la couverture a pris un nouvel habit, pour plusieurs années nous l'espérons...
 2. Pierre Michaud (août 1978). Une revue de psychologie, pourquoi pas? Et... Pourquoi? *Les Cahiers du psychologue québécois*, 4, 6-7.
 3. Brouillette, D. (1991). La *Revue québécoise de psychologie* : véritable miroir des recherches et des préoccupations des psychologues d'ici. *Psychologie Québec*, 8(2), 7.

entre la vulgarisation et l'hermétisme. Après quatre ans, la *Revue* se transforme en périodique semi-thématique.

Puis, un texte plus détaillé¹ rappelle lui aussi les dix premières années de la *Revue* tout en mentionnant les noms des personnes qui ont contribué à sa fondation et à son fonctionnement. Il relate aussi les circonstances qui ont amené le déménagement de la *Revue* à l'UQTR où Gilles Dubois me succèdera, suivi par Huguette Bégin et Léandre Bouffard, et maintenant Colette Jourdan-Ionescu.

Le texte² de 2002 mentionne mon retrait de la vie de la *Revue* et informe d'une nouvelle entreprise : « Les Rencontres avec ... ». De 1999 à 2006, 25 entrevues avec des pionniers francophones de la psychologie au Québec, venant tant du milieu universitaire que de celui de la pratique et des débuts de la CPPQ, seront publiées dans la RQP (www.rqpsy.qc.ca).

Puis, pour marquer le 25^e anniversaire de la *Revue*, un texte³ signé par Léandre Bouffard et Colette Jourdan-Ionescu relate une fois de plus son histoire! Les auteurs mentionnent, entre autres, une douzaine de thèmes abordés durant ces 25 ans et donnent quelques statistiques « triomphales » : 750 articles et chroniques, 888 auteurs différents, 80 évaluateurs d'articles par année, 14 038 pages imprimées et 2000 abonnés *attendus* pour 2004.

Et l'UQAM se souvient du professeur retraité depuis 1996 et fit paraître dans son journal⁴ une entrevue au cours de laquelle je retraçais le parcours de ces 25 ans.

Pour terminer, j'ai plaisir à rappeler que dès le début, il avait été décidé que le comité d'étude, puis de direction et maintenant de rédaction, soit constitué à parité de professeurs d'université et de praticiens. Le climat de collaboration qui s'était installé alors existe encore et j'en suis très content.

Dans les articles mentionnés, aucun ne rappelle les critères proposés aux membres du comité de lecture pour les articles qui leur sont soumis : « article acceptable tel quel, article accepté avec corrections mineures ou majeures et article qui n'intéresse pas le psychologue ». Ces critères sont toujours utilisés. Le quatrième est la réponse à la frustration

1. Michaud, P. (1999). 20 ans... Déjà! *Revue Québécoise de Psychologie*, 20(1), 5-8.
2. Desjardins, S., & Michaud, P. (2002). Tailleur de pierres. Le fondateur de la *Revue québécoise de psychologie* se retire. *Psychologie Québec*, 19(3), 12.
3. Bouffard, L., & Jourdan-Ionescu, C. (2004). La *Revue québécoise de psychologie* a 25 ans. *Psychologie Québec*, 21(3), 14.
4. Forget, D. (2004). La *Revue québécoise de psychologie* – 25 ans. Parcours d'un Psychologue-éditeur. *L'UQAM*, le 20 septembre, 8.

que j'avais ressentie quand je m'étais abonné, jeune psychologue, à des revues américaines d'éducation qui ne correspondaient pas à mes intérêts...

Merci à toutes et à tous! Je retourne à mon vitrail.

Pierre Michaud

Professeur retraité de l'UQAM

Créateur et premier directeur de la *Revue québécoise de psychologie*

Membre du comité de rédaction jusqu'en 2000

Déjà 26 ans d'implication dans la *Revue*! Que de beaux souvenirs rattachés à cette *Revue* à laquelle j'ai consacré une partie de ma vie professionnelle depuis l'automne 82; mes motivations d'alors sont demeurées les mêmes, c'est-à-dire acquérir des connaissances sur des sujets différents et nouveaux ainsi que faire partie d'une organisation stimulante et de comités dynamiques.

Lors de la première parution de la *Revue* en février 1980, la *Revue québécoise de psychologie* était dirigée par Pierre Michaud, alors professeur à l'Université du Québec à Montréal. Il écrivait dans le texte de « Présentation » du premier numéro thématique : « Parmi les sciences humaines, la psychologie occupe sans doute une place importante, mais, pas la seule. Nous souhaitons que la *Revue* inspire et enrichisse les autres disciplines et qu'elle suscite un apport réciproque, complémentaire ou critique.» (p.1). À cette époque, outre Pierre Michaud, six psychologues faisaient partie du comité de rédaction.

En 1981, un numéro spécial de 15 articles (volume 2, n° 3; c'était le premier) était consacré à *l'Évaluation de l'efficacité de l'intervention psychologique*. Par la suite, plusieurs autres dossiers thématiques sont parus dans la *Revue*. De façon plus spécifique, j'ai été responsable ou co-responsable des numéros thématiques suivants : *La violence à l'école* (1984); *Le suicide* (en collaboration avec Michel Huard, 1986); *L'état actuel de la psychologie au Québec* (en collaboration avec René Marineau, 1987); *Les personnes âgées* (en collaboration avec Gaston-René de Grâce, 1988); *La relation éducative* (1989); *La recherche-action* (1991); *Le suicide* (en collaboration avec Michel Huard, 1986); *L'État actuel de la psychologie au Québec* (1987); *Problèmes psychologiques reliés au travail* (en collaboration avec René Bernèche, 1993); *Décrochage scolaire* (1993); *Prévention et psychologie communautaire* (1994); *Les abus sexuels* (1997); *La psychologie et les médias* (en collaboration avec Mario Poirier, 1998); *Éthique et pratique* (en collaboration avec Pierre Gendreau, 2002); *La formation en psychologie* (pour les 25 ans de la *Revue*, 2004) et *Jeunes et agression sexuelle: modalités et évaluation de l'intervention*

(2008). Lors de mon entrée au comité de rédaction, nous étions 11 personnes sous la direction de Pierre Michaud. Nos réunions se tenaient alors dans une salle à l'UQAM dans une atmosphère détendue et sympathique.

Par la suite, en 1991, Gilles Dubois est devenu directeur de la RQP et ce fut l'installation de la *Revue* dans des locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

C'est en 1995 que j'assume la direction de la *Revue* (jusqu'en 1997) avec mon co-équipier Léandre Bouffard (Collège de Sherbrooke et Université de Sherbrooke) qui fait déjà partie du comité de rédaction depuis 1989. Ce fut une période fort plaisante, dynamique et exigeante; nous avons consacré beaucoup d'énergie à développer cette revue à laquelle nous étions si attachés et à sensibiliser les psychologues et les étudiants en psychologie à s'y abonner. C'est aussi à cette période que Sonia Boucher a assumé, entre autres, les tâches de secrétariat de la *Revue*. Pour Léandre et moi, ainsi que pour Sonia, ce fut une période d'apprentissages variés tant sur le plan de la gestion financière, de la mise en marché que du choix de l'imprimeur, des modalités d'envoi, etc. Ce ne fut pas toujours facile, mais ce fut valorisant, dynamique et cela nous procurait beaucoup de joie et nous stimulait. Je fais toujours partie des comités de gestion et de rédaction et c'est avec beaucoup d'émotion que je me remémore toutes ces années qui se sont écoulées, les périodes difficiles mais aussi les moments de joie et de fierté ainsi que les amitiés qui se sont développées au cours des ans.

Je souhaite longue vie à la *Revue* et, à tous ceux qui ont collaboré et qui collaborent, un gros merci car, sans vous, la *Revue* ne serait pas ce qu'elle est actuellement, soit une revue en pleine expansion, consacrée aux préoccupations des psychologues (praticiens et chercheurs), un moteur de ressourcement dans la communauté des psychologues et une visibilité hors de nos frontières.

Huguette Bégin

Psychologue

Professeure au Département de psychologie à l'Université de Montréal

Directrice de la Revue québécoise de psychologie de 1995 à 1997

Membre du comité de rédaction depuis 1982

L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC ET LA REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE, UNE ALLIANCE NATURELLE

Vers la fin des années 1980, le rédacteur en chef de la *Revue québécoise de psychologie*, M. Pierre Michaud, a rencontré les dirigeants de l'Ordre pour exposer la situation difficile que vivait alors la publication qu'il dirigeait. Les finances de la *Revue* étaient précaires à la suite d'importantes coupures des organismes subventionnaires. Il s'agissait alors de voir comment l'Ordre pouvait contribuer à aider la *Revue* à sortir de cette mauvaise situation. Les membres du conseil d'administration de l'Ordre ont immédiatement compris l'importance d'aider la *Revue* à reprendre un nouveau souffle en contribuant alors financièrement à sa relance et en me confiant, en tant que directrice des communications, le mandat d'élaborer, en collaboration avec les membres du comité de rédaction de la *Revue*, des moyens de faire connaître la publication aux psychologues québécois et ainsi augmenter le nombre d'abonnés.

En s'engageant directement dans la *Revue* et en invitant des psychologues praticiens à collaborer au comité de rédaction avec des chercheurs universitaires, l'Ordre des psychologues a voulu offrir à ses membres la possibilité d'accéder à un contenu scientifique québécois de qualité relié à la pratique professionnelle des psychologues d'ici. Il est fier du succès de la *Revue Québécoise de psychologie* et célèbre aujourd'hui avec tous les lecteurs les 30 ans de publication.

Diane Côté

Directrice des communications à l'Ordre des psychologues du Québec
Membre du comité de rédaction depuis 1997

Invité par un collègue professeur au département de psychologie de l'UQÀM, René Bernèche, à siéger au comité de rédaction de la *Revue québécoise de psychologie* fondée il y a trente ans par Pierre Michaud, j'y œuvre depuis 1997. Qu'est-ce que j'y ai trouvé? Une atmosphère agréable et stimulante de travail, un esprit d'ouverture, de tolérance et la possibilité de piloter des projets intéressants. Cela n'exclut bien sûr pas les discussions, les échanges qui peuvent être fermes, mais respectueux de l'opinion d'autrui. En cette année du 30^e anniversaire de la RQP, il nous faut maintenir cet esprit d'ouverture en prenant note que de plus en plus de revues scientifiques sont maintenant présentes sur Internet.

Robert Letendre

Psychanalyste et professeur honoraire et associé au Département de psychologie, UQAM
Membre du comité de rédaction depuis 1997

Lorsqu'une collègue du milieu scolaire m'a sollicitée il y a déjà plus de 12 ans pour faire partie du comité de rédaction de la *Revue québécoise de psychologie*, j'ai d'abord été surprise et flattée puisque cette revue m'apparaissait un lieu où de grandes idées se rencontraient. Au fil des ans, soucieuse d'apporter ma contribution et de faire valoir l'importance du volets clinique et scolaire, j'ai d'abord participé aux rencontres du comité de rédaction de la *Revue* et à des corrections d'articles que d'autres collègues de la profession nous soumettaient avant de parrainer un numéro thématique sur les thérapies brèves et maintenant un autre sur l'adolescence qui paraît ce mois-ci. Le lien avec les autres membres de l'équipe est très enrichissant et me garde en contact encore de façon plus soutenue avec le domaine de la recherche et des questions qui intéressent l'ensemble des membres de notre si belle profession.

Monique Senécal

Psychologue en bureau privé
Retraitée du milieu scolaire depuis un peu moins d'un an
Membre du comité de rédaction depuis 1998

Déjà 10 ans! Jeune psychologue, il y a 10 ans, la *Revue québécois de psychologie* sollicitait ma participation à titre de membre du comité de lecture. Cette tâche rigoureuse m'a donné l'occasion de faire valoir mon expertise comme clinicien et de contribuer au rayonnement de la psychologie québécoise. Mon attachement grandissant pour la *Revue* m'a amené à vouloir m'impliquer davantage. Depuis maintenant huit ans, je siège sur le comité de rédaction de la *Revue* et j'ai eu la chance de diriger un numéro thématique sur la souffrance. D'ici deux ans, je présenterai un autre numéro thématique, cette fois-ci, sur l'interdisciplinarité. Mon implication à la *Revue* m'a permis de découvrir de nouveaux champs de pratique et d'expertise dans le monde la psychologie et me permet de mettre à jour continuellement mes connaissances dans le domaine. En voulant rendre accessibles au clinicien les données probantes issues de la recherche et des pratiques cliniques, la *Revue québécoise de psychologie* a à mon sens toute sa place dans le monde des « revues scientifiques » de grande qualité. C'est avec grand plaisir que je me compte privilégié d'évoluer au sein de cette *Revue*.

Frédéric Doutrelepont

Psychologue en pratique privée
Conseiller-Cadre aux pratiques psychosociales
CSSS Sud-Ouest - Verdun
Membre du comité de rédaction depuis 2001

Je suis diplômé de l'UQAM (psychologie, 1979) et membre de l'Ordre des psychologues du Québec depuis 1980. C'est à partir de cette époque que j'ai commencé ma carrière de psychologue spécialisé en déficience intellectuelle. Comme auteur d'ouvrages dans ce domaine, la diffusion des connaissances m'a toujours intéressé. J'ai d'ailleurs reçu, en 2007, le prix Maurice-Harvey décerné par le Centre national pour la recherche en intégration sociale (CNRIS) pour la promotion du développement des connaissances dans le domaine de la déficience intellectuelle et des troubles envahissants du développement pour les travaux avec mon collègue Christian Tellier (diplômé en psychologie, Université de Sherbrooke) sur l'élaboration de l'échelle « Évaluation du niveau de participation sociale ».

C'est à la suite d'un appel d'Henri-Martin Laval, ancien collègue de travail et alors secrétaire général par intérim de l'Ordre des psychologues du Québec, que j'en suis venu à participer, vers la fin de 2002, aux rencontres du comité de rédaction de la *Revue* en tant que représentant des psychologues cliniciens. La possibilité de m'impliquer dans un groupe de travail visant la publication d'articles scientifiques m'est alors apparue comme une avenue stimulante à explorer.

Dans la perspective de contribuer à l'accès au contenu de la *Revue*, je me suis employé à la mise en place d'un site Web conçu expressément à cet effet. Je m'occupe aussi de sa mise à jour. Ainsi, je coordonne la numérisation de l'ensemble des numéros afin de les rendre disponible sur Internet. Dans un autre ordre d'idées, j'ai eu l'occasion de préparer l'édition d'un numéro spécial de la *Revue* portant sur les Troubles envahissants du développement (2005, volume 26, numéro 3). Enfin, je suis aussi sollicité pour réviser à l'occasion certains articles soumis à la revue.

Gaëtan Tremblay

Psychologue

Agent de planification, de programmation et de recherche

Centre de réadaptation La Myriade

Membre du comité de rédaction depuis 2002

J'enseigne la psychologie au niveau collégial depuis plusieurs années. Je me suis joint à la *Revue* à la suite de l'invitation d'un membre du comité de rédaction de l'époque, Léandre Bouffard. Je ne me rappelle pas avoir hésité. Mon travail à la *Revue* me permet de satisfaire deux intérêts, ceux-là mêmes qui m'animent dans l'enseignement : connaître et faire connaître.

François Berthiaume

Professeur au Cégep Bois-de-Boulogne

Membre du comité de rédaction depuis 2003

Pour moi, la RQP représente un lieu de rencontre de deux univers de la psychologie : la pratique et la recherche. À l'intérieur comme à l'extérieur des frontières du Québec, elle incarne à la fois une possibilité ainsi qu'une voie crédible et rigoureuse de diffusion des savoirs. Sur le plan personnel, la *Revue* m'a permis de rencontrer des gens compétents, investis, créatifs et pourquoi pas, agréables. J'avais dix ans au moment de la création de la *Revue*. Force m'est de constater qu'elle a atteint à ce jour un niveau de reconnaissance et de maturité. Afin de poursuivre sa trajectoire, la *Revue* a besoin de l'implication des psychologues d'aujourd'hui et de demain. Joyeux anniversaire et longue vie à la *Revue Québécoise de Psychologie*.

Stéphane Morin

Psychologue privé

Membre du comité de rédaction depuis 2004

Il y a maintenant dix ans que j'ai publié mon tout premier article scientifique comme coauteur. C'était, vous l'aurez deviné, dans la *Revue québécoise de psychologie*. L'inclination que j'ai à l'endroit de la *Revue* tire peut-être sa source du souvenir ému que je garde de ce moment important dans ma carrière, mais la relation étroite que j'entretiens avec elle est indubitablement liée au plaisir que j'ai à côtoyer toutes ces personnes qui contribuent, jour après jour, à son existence.

J'étais encore étudiante au baccalauréat lorsque Colette Jourdan-Ionescu et Léandre Bouffard, ces figures marquantes de la *Revue*, m'ont offert de traduire quelques articles de l'anglais au français pour le périodique qu'ils dirigeaient. Je travaillais alors au Service des communications de l'Ordre des psychologues du Québec et ils avaient fait ma connaissance par l'intermédiaire d'une chronique que j'ai continué à rédiger, tout au long de mes études doctorales, dans la revue *Psychologie Québec*. Ainsi a débuté mon implication au sein de la *Revue*. Passionnée par tout ce qui touche de près ou de loin aux domaines scientifiques et littéraires, j'ai rapidement manifesté mon désir de faire partie du comité de lecture. Mon souhait a été exaucé sitôt après avoir revêtu les toge, épitoge et mortier si symboliques et c'est avec enthousiasme que j'ai pu commencer à évaluer et à commenter quelques-uns des articles soumis par mes pairs.

Une fois embauchée comme professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, je suis devenue membre du comité de rédaction de la *Revue* avant d'accepter d'agir comme rédactrice en chef, pour une période de dix mois, et de me joindre aux membres du comité de gestion. Et je vous confie que c'est avec la plus grande des impatiences que j'attends chacune de nos réunions! Si je

voeu admiration et gratitude à Colette, qui dirige la *Revue* avec une générosité sans bornes depuis des années, et si j'éprouve un si grand plaisir à côtoyer Manon Normandin et Christiane Hamelin, qui œuvrent au secrétariat de la *Revue*, je me considère également privilégiée de faire partie d'un groupe aussi représentatif et inspirant comprenant chercheurs et cliniciens à des stades divers de leur vie professionnelle. Les échanges que nous avons sont souvent passionnés et le désir de bien faire les choses, le respect, l'ouverture et l'humour, qui règnent dans chacune de nos rencontres, engendrent inmanquablement le sentiment d'avoir contribué à quelque chose de grand. Et ce « quelque chose de grand », c'est cette revue qui diffuse des connaissances scientifiques d'actualité aux chercheurs et aux cliniciens de la francophonie et qui s'épanouit depuis maintenant 30 ans!

Sophie Desjardins

Professeure au Département de psychologie de l'UQTR
Membre du comité de rédaction depuis 2007

C'est petit à petit que j'ai « grandi » au sein de la *Revue*. Je dois avouer qu'au départ, lorsque le poste de secrétaire à la direction m'a été offert alors que j'étudiais au baccalauréat, j'ai accepté pour des raisons strictement pécuniaires... Puis, les motivations de m'impliquer au sein de la *Revue* se sont vite multipliées. À sa lecture, la *Revue* élargissait mon champ de connaissances dans des domaines aussi vastes que diversifiés, elle forgeait mon esprit scientifique et elle me préparait à écrire des articles variés. Un peu naïve, peut-être, j'étais impressionnée d'y voir apparaître le nom d'un professeur ou celui d'un auteur d'un manuel de cours. Pour moi, la *Revue* représentait une porte grande ouverte sur la psychologie québécoise, sur ce monde et ses gens. Par la suite, au cours de mes études doctorales, j'ai commencé à faire la correction de quelques articles et à participer à la rédaction de quelques autres, avant de collaborer à l'élaboration d'un premier numéro thématique. Encore aujourd'hui, ma relation avec la *Revue* évolue. À titre de membre du comité de rédaction, elle me permet, comme jeune professionnelle, de rester en contact avec la recherche et les préoccupations des psychologues venant d'ici et d'ailleurs.

Lynda Méthot

Psychologue
Commission scolaire Chemin-du-Roy
Membre du comité de rédaction depuis 2007
Révisseuse de la forme des textes des articles depuis 2007

L'ADOLESCENCE

THE ADOLESCENCE

PRÉSENTATION

Si l'adolescence se définissait antérieurement comme une période de crise ponctuée parfois de grands remous, actuellement on conçoit plutôt celle-ci comme une étape de changements majeurs accompagnée d'une exploration des différentes facettes de la vie avec un nouveau regard, de nouveaux paramètres et des perspectives plus larges qui amènent l'être humain vers la maturité adulte.

Sans prétendre aborder l'ensemble des questions soulevées par cette période, le numéro thématique actuel désire en être un certain reflet. Ce numéro est composé de neuf articles qui font état des résultats de recherche sur le terrain en rapport avec des questions de dépression, d'anxiété, de troubles de comportement et qui nous suggèrent aussi différentes pistes d'intervention, certaines assez globales, d'autres inspirées de la théorie de l'attachement et finalement celle de l'importance des amis comme facteur de protection. Deux articles proposent aussi plus spécifiquement deux échelles d'évaluation, une sur la capacité de coping et l'autre sur la capacité d'affiliation aux environnements plus élargis de cette étape de vie. Deux thèmes très actuels sont enfin abordés : la santé physique en rapport avec la personnalité et l'impact de la conciliation études-travail.

Le premier article, *L'attachement aux amis et la détresse psychologique à l'adolescence : une étude longitudinale*, rédigé par Amélie Benoît, Dave Miranda et Michel Claes, porte un regard analytique sur la stabilité de l'attachement des adolescents à leurs amis sur une période de trois ans et sur le sens que ce niveau d'attachement revêt dans leur bien-être ou leur détresse psychologique.

Les trois prochains articles font partie d'un ensemble de recherches effectuées par une équipe de travail du Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal sous la direction de madame Diane Marcotte, psychologue.

Le premier de cette série d'articles, *Les facteurs prédictifs de l'émergence de la dépression pendant la transition primaire-secondaire*, a été écrit par Diane Marcotte. L'auteure désire identifier les facteurs personnels, sociaux, familiaux et scolaires qui prédisent l'émergence d'un trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire et s'attarde aussi à nuancer ceux qui seraient les plus prédictifs de ce trouble chez les

Présentation

filles et chez les garçons. Dans cette étude portant sur des adolescents de 6^e année jusqu'à la 2^e année du secondaire, les résultats font ressortir que les conflits familiaux, les distorsions cognitives et une attitude négative envers l'enseignant prédisent la dépression chez les garçons. Chez les filles, le stress plus spécifiquement associé à la famille et l'observation de symptômes dépressifs dès la 6^e année prédisent la dépression à la suite de la transition au secondaire. L'auteure constate aussi que les enseignants avaient perçu des comportements agités ou agressifs en 6^e année chez les filles devenues dépressives en 2^e secondaire alors qu'au secondaire, ils observent un faible taux de ces comportements. Elle conclut sur l'importance d'interventions préventives plus particulièrement pour les adolescentes.

L'article suivant, *Anxiété et dépression chez les adolescents : similitudes et différences dans les facteurs associés*, élaboré par Roxanne Richard et Diane Marcotte, s'intéresse aux syndromes anxieux et dépressif afin d'envisager des interventions avant même que ne s'installe le trouble correspondant. En effet, le syndrome est constitué de plusieurs symptômes dépressifs (affectif, comportemental, cognitif et somatique) qui se manifestent simultanément sans répondre à tous les critères diagnostiques du trouble dépressif selon le DSM-IV.

Dans la recherche de facteurs semblables et distinctifs entre les deux syndromes, les auteures observent, parmi les facteurs de ressemblance, que les variables personnelles, particulièrement les distorsions cognitives, les sentiments dépressifs et anxieux et l'image corporelle, sont plus significativement associées aux deux syndromes. Les filles seraient aussi plus anxieuses que les garçons mais les auteures n'observent pas de différence pour la dépression. Par contre, la découverte de la concomitance entre les deux syndromes soulève une question sur l'intervention à privilégier. Certains facteurs distincts sont mis en évidence. À partir de cette recherche, les auteures désirent alerter encore plus spécifiquement le milieu scolaire du risque qu'un tel problème passe inaperçu parce que camouflé derrière des troubles de comportement et de la difficulté pour le personnel enseignant de percevoir adéquatement le syndrome anxieux.

Enfin, dans le troisième de cette série, *Distorsions cognitives et symptômes précurseurs de la concomitance dépression/troubles de comportement chez les adolescents*, Valérie Ouellette et Diane Marcotte se penchent sur la question des distorsions cognitives comme phénomène important chez l'être humain, dans une étude réalisée auprès de 499 jeunes de 12 à 14 ans. L'étude longitudinale sur trois ans veut identifier les symptômes précurseurs de la présence de la dépression en concomitance avec des troubles de comportement durant la 2^e année du secondaire. Les

auteures découvrent que les symptômes dépressifs prédisent la concomitance des deux troubles chez les filles alors que chez les garçons, tant les symptômes de dépression que le trouble de comportement prédisent ce dernier. Enfin, il ressort que les distorsions cognitives extériorisées qui perdurent en deuxième secondaire augmentent davantage le niveau de concomitance pour les deux sexes. Elles concluent sur la nécessité de reconnaître les symptômes dépressifs dès la sixième année et d'intervenir le plus rapidement possible, mais aussi de poursuivre des recherches pour apporter plus de précisions aux modèles prédictifs.

Le cinquième article de la thématique, *La conciliation travail-études : conséquences différées sur l'adaptation scolaire et psychosociale d'adolescents québécois*, a été rédigé par Michelle Dumont, Danielle Leclerc et Suzie McKinnon. La réalité du travail dans la routine des adolescents se manifeste de plus en plus jeune et de façon assez généralisée pour créer un réel intérêt pour cet article où les auteures analysent les impacts différés de cette association sur l'adaptation scolaire et psychosociale auprès d'élèves de troisième et cinquième secondaire. Il semble que la conciliation travail-études ne représente pas seulement des désavantages ou des inconvénients. En mesurant les tracas quotidiens, le niveau de détresse et les ressources personnelles des adolescents de l'étude, elles ont pu avancer certaines données sur le meilleur cheminement pour leur adaptation scolaire, soit une diminution progressive entre le milieu et la fin du secondaire du nombre d'heures consacrées au travail à temps partiel. Elles observent aussi que les élèves qui ne travaillent pas ou travaillent beaucoup vivent quand même certains impacts positifs et négatifs. Les auteures concluent par une analyse de certains facteurs de protection dans cette conciliation travail-études.

Le sixième article, écrit par Dave Miranda, Julien Morizot, Alexandre J.S. Morin et Régine Debrosse, s'intitule *Traits de personnalité et santé physique à l'adolescence*. Cette recension des écrits est une invitation aux professionnels de la psychologie œuvrant au Québec et ailleurs dans la francophonie à réfléchir sur les liens pouvant unir ces deux concepts, les traits de personnalité et la santé physique à l'adolescence. En fait, l'étude des facteurs ayant une incidence sur la santé des adolescents représente une nouvelle avenue encore peu explorée. Les auteurs résument d'abord différentes études empiriques portant sur le rôle des traits de personnalité en tant que facteur de risque ou de protection dans le développement de certaines maladies chroniques et décrivent par la suite quelques modèles conceptuels explicatifs des liens entre ces deux thèmes. Ils nous incitent finalement à poursuivre certaines avenues de recherche.

Dans le septième article, *La théorie de l'attachement comme cadre de référence dans les interventions auprès des adolescents*, les auteures

Karine Dubois-Comtois et Chantal Cyr décrivent d'abord les dimensions prioritaires de l'attachement à l'adolescence, démontrent ensuite comment évaluer cet attachement à cette période de la vie, pour finalement dégager des pistes d'intervention thérapeutique que ce soit de façon individuelle ou encore, selon une modalité moins coutumière, conjointement auprès d'un parent et d'un adolescent, et ce, dans le but de favoriser le bien-être de l'adolescent en difficulté.

Dans l'article suivant, *Développement et validation préliminaire de l'échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents (EACA)*, rédigé par Nathalie Cartierre, René Demerval et Nathalie Coulon, les auteurs s'inspirent du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1995) pour le développement et la validation d'un instrument composé de trois sous-échelles mesurant l'affiliation de l'adolescent à trois contextes différents : la famille, l'école et les pairs. À partir de deux études réalisées auprès de 1959 adolescents français, ils sont arrivés à démontrer que cette échelle, même si elle peut être améliorée, présente des qualités psychométriques acceptables et constitue déjà un outil expérimental intéressant et original pour la recherche et l'application. Les auteurs soulignent aussi des avenues de recherche. Cette échelle pourrait sans doute inspirer également des recherches avec une clientèle québécoise.

Dans le neuvième article, *Échelle de coping pour adolescent : validation canadienne-française de l'Adolescent Coping Scale de Frydenberg et Lewis (1993)*, Danielle Leclerc, Jocelyne Pronovost et Michelle Dumont décrivent l'évaluation des qualités métrologiques de cette échelle de mesure. Par l'ensemble des résultats, elles confirment qu'il s'agit d'un instrument adéquat pour la mesure du coping chez les adolescents de langue française. Comme les stratégies de coping sont importantes dans le processus d'adaptation des adolescents, leur évaluation à partir d'un tel instrument peut aider les professionnels qui veulent intervenir sur cette question. Elles soulignent aussi qu'il peut constituer un complément à un programme adapté en français, expérimenté auprès d'adolescents québécois francophones et récemment publié, *Apprendre à faire face : programme de développement des habiletés de coping pour adolescents*.

En conclusion, je désire remercier chaleureusement chacun des auteurs pour leur très précieuse collaboration et leur ouverture à la discussion durant tout le processus d'édition. J'espère que ces lectures susciteront la réflexion et un goût de poursuivre la grande aventure de la connaissance des adolescents et adolescentes dans notre société actuelle.

Monique Sénécal

Cabinet Conseil Campeau

L'ADOLESCENCE

THE ADOLESCENCE

PRÉSENTATION

Si l'adolescence se définissait antérieurement comme une période de crise ponctuée parfois de grands remous, actuellement on conçoit plutôt celle-ci comme une étape de changements majeurs accompagnée d'une exploration des différentes facettes de la vie avec un nouveau regard, de nouveaux paramètres et des perspectives plus larges qui amènent l'être humain vers la maturité adulte.

Sans prétendre aborder l'ensemble des questions soulevées par cette période, le numéro thématique actuel désire en être un certain reflet. Ce numéro est composé de neuf articles qui font état des résultats de recherche sur le terrain en rapport avec des questions de dépression, d'anxiété, de troubles de comportement et qui nous suggèrent aussi différentes pistes d'intervention, certaines assez globales, d'autres inspirées de la théorie de l'attachement et finalement celle de l'importance des amis comme facteur de protection. Deux articles proposent aussi plus spécifiquement deux échelles d'évaluation, une sur la capacité de coping et l'autre sur la capacité d'affiliation aux environnements plus élargis de cette étape de vie. Deux thèmes très actuels sont enfin abordés : la santé physique en rapport avec la personnalité et l'impact de la conciliation études-travail.

Le premier article, *L'attachement aux amis et la détresse psychologique à l'adolescence : une étude longitudinale*, rédigé par Amélie Benoît, Dave Miranda et Michel Claes, porte un regard analytique sur la stabilité de l'attachement des adolescents à leurs amis sur une période de trois ans et sur le sens que ce niveau d'attachement revêt dans leur bien-être ou leur détresse psychologique.

Les trois prochains articles font partie d'un ensemble de recherches effectuées par une équipe de travail du Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal sous la direction de madame Diane Marcotte, psychologue.

Le premier de cette série d'articles, *Les facteurs prédictifs de l'émergence de la dépression pendant la transition primaire-secondaire*, a été écrit par Diane Marcotte. L'auteure désire identifier les facteurs personnels, sociaux, familiaux et scolaires qui prédisent l'émergence d'un trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire et s'attarde aussi à nuancer ceux qui seraient les plus prédictifs de ce trouble chez les

Présentation

filles et chez les garçons. Dans cette étude portant sur des adolescents de 6^e année jusqu'à la 2^e année du secondaire, les résultats font ressortir que les conflits familiaux, les distorsions cognitives et une attitude négative envers l'enseignant prédisent la dépression chez les garçons. Chez les filles, le stress plus spécifiquement associé à la famille et l'observation de symptômes dépressifs dès la 6^e année prédisent la dépression à la suite de la transition au secondaire. L'auteure constate aussi que les enseignants avaient perçu des comportements agités ou agressifs en 6^e année chez les filles devenues dépressives en 2^e secondaire alors qu'au secondaire, ils observent un faible taux de ces comportements. Elle conclut sur l'importance d'interventions préventives plus particulièrement pour les adolescentes.

L'article suivant, *Anxiété et dépression chez les adolescents : similitudes et différences dans les facteurs associés*, élaboré par Roxanne Richard et Diane Marcotte, s'intéresse aux syndromes anxieux et dépressif afin d'envisager des interventions avant même que ne s'installe le trouble correspondant. En effet, le syndrome est constitué de plusieurs symptômes dépressifs (affectif, comportemental, cognitif et somatique) qui se manifestent simultanément sans répondre à tous les critères diagnostiques du trouble dépressif selon le DSM-IV.

Dans la recherche de facteurs semblables et distinctifs entre les deux syndromes, les auteures observent, parmi les facteurs de ressemblance, que les variables personnelles, particulièrement les distorsions cognitives, les sentiments dépressifs et anxieux et l'image corporelle, sont plus significativement associées aux deux syndromes. Les filles seraient aussi plus anxieuses que les garçons mais les auteures n'observent pas de différence pour la dépression. Par contre, la découverte de la concomitance entre les deux syndromes soulève une question sur l'intervention à privilégier. Certains facteurs distincts sont mis en évidence. À partir de cette recherche, les auteures désirent alerter encore plus spécifiquement le milieu scolaire du risque qu'un tel problème passe inaperçu parce que camouflé derrière des troubles de comportement et de la difficulté pour le personnel enseignant de percevoir adéquatement le syndrome anxieux.

Enfin, dans le troisième de cette série, *Distorsions cognitives et symptômes précurseurs de la concomitance dépression/troubles de comportement chez les adolescents*, Valérie Ouellette et Diane Marcotte se penchent sur la question des distorsions cognitives comme phénomène important chez l'être humain, dans une étude réalisée auprès de 499 jeunes de 12 à 14 ans. L'étude longitudinale sur trois ans veut identifier les symptômes précurseurs de la présence de la dépression en concomitance avec des troubles de comportement durant la 2^e année du secondaire. Les

auteures découvrent que les symptômes dépressifs prédisent la concomitance des deux troubles chez les filles alors que chez les garçons, tant les symptômes de dépression que le trouble de comportement prédisent ce dernier. Enfin, il ressort que les distorsions cognitives extériorisées qui perdurent en deuxième secondaire augmentent davantage le niveau de concomitance pour les deux sexes. Elles concluent sur la nécessité de reconnaître les symptômes dépressifs dès la sixième année et d'intervenir le plus rapidement possible, mais aussi de poursuivre des recherches pour apporter plus de précisions aux modèles prédictifs.

Le cinquième article de la thématique, *La conciliation travail-études : conséquences différées sur l'adaptation scolaire et psychosociale d'adolescents québécois*, a été rédigé par Michelle Dumont, Danielle Leclerc et Suzie McKinnon. La réalité du travail dans la routine des adolescents se manifeste de plus en plus jeune et de façon assez généralisée pour créer un réel intérêt pour cet article où les auteures analysent les impacts différés de cette association sur l'adaptation scolaire et psychosociale auprès d'élèves de troisième et cinquième secondaire. Il semble que la conciliation travail-études ne représente pas seulement des désavantages ou des inconvénients. En mesurant les tracas quotidiens, le niveau de détresse et les ressources personnelles des adolescents de l'étude, elles ont pu avancer certaines données sur le meilleur cheminement pour leur adaptation scolaire, soit une diminution progressive entre le milieu et la fin du secondaire du nombre d'heures consacrées au travail à temps partiel. Elles observent aussi que les élèves qui ne travaillent pas ou travaillent beaucoup vivent quand même certains impacts positifs et négatifs. Les auteures concluent par une analyse de certains facteurs de protection dans cette conciliation travail-études.

Le sixième article, écrit par Dave Miranda, Julien Morizot, Alexandre J.S. Morin et Régine Debrosse, s'intitule *Traits de personnalité et santé physique à l'adolescence*. Cette recension des écrits est une invitation aux professionnels de la psychologie œuvrant au Québec et ailleurs dans la francophonie à réfléchir sur les liens pouvant unir ces deux concepts, les traits de personnalité et la santé physique à l'adolescence. En fait, l'étude des facteurs ayant une incidence sur la santé des adolescents représente une nouvelle avenue encore peu explorée. Les auteurs résument d'abord différentes études empiriques portant sur le rôle des traits de personnalité en tant que facteur de risque ou de protection dans le développement de certaines maladies chroniques et décrivent par la suite quelques modèles conceptuels explicatifs des liens entre ces deux thèmes. Ils nous incitent finalement à poursuivre certaines avenues de recherche.

Dans le septième article, *La théorie de l'attachement comme cadre de référence dans les interventions auprès des adolescents*, les auteures

Karine Dubois-Comtois et Chantal Cyr décrivent d'abord les dimensions prioritaires de l'attachement à l'adolescence, démontrent ensuite comment évaluer cet attachement à cette période de la vie, pour finalement dégager des pistes d'intervention thérapeutique que ce soit de façon individuelle ou encore, selon une modalité moins coutumière, conjointement auprès d'un parent et d'un adolescent, et ce, dans le but de favoriser le bien-être de l'adolescent en difficulté.

Dans l'article suivant, *Développement et validation préliminaire de l'échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents (EACA)*, rédigé par Nathalie Cartierre, René Demerval et Nathalie Coulon, les auteurs s'inspirent du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1995) pour le développement et la validation d'un instrument composé de trois sous-échelles mesurant l'affiliation de l'adolescent à trois contextes différents : la famille, l'école et les pairs. À partir de deux études réalisées auprès de 1959 adolescents français, ils sont arrivés à démontrer que cette échelle, même si elle peut être améliorée, présente des qualités psychométriques acceptables et constitue déjà un outil expérimental intéressant et original pour la recherche et l'application. Les auteurs soulignent aussi des avenues de recherche. Cette échelle pourrait sans doute inspirer également des recherches avec une clientèle québécoise.

Dans le neuvième article, *Échelle de coping pour adolescent : validation canadienne-française de l'Adolescent Coping Scale de Frydenberg et Lewis (1993)*, Danielle Leclerc, Jocelyne Pronovost et Michelle Dumont décrivent l'évaluation des qualités métrologiques de cette échelle de mesure. Par l'ensemble des résultats, elles confirment qu'il s'agit d'un instrument adéquat pour la mesure du coping chez les adolescents de langue française. Comme les stratégies de coping sont importantes dans le processus d'adaptation des adolescents, leur évaluation à partir d'un tel instrument peut aider les professionnels qui veulent intervenir sur cette question. Elles soulignent aussi qu'il peut constituer un complément à un programme adapté en français, expérimenté auprès d'adolescents québécois francophones et récemment publié, *Apprendre à faire face : programme de développement des habiletés de coping pour adolescents*.

En conclusion, je désire remercier chaleureusement chacun des auteurs pour leur très précieuse collaboration et leur ouverture à la discussion durant tout le processus d'édition. J'espère que ces lectures susciteront la réflexion et un goût de poursuivre la grande aventure de la connaissance des adolescents et adolescentes dans notre société actuelle.

Monique Sénécal

Cabinet Conseil Campeau

L'ATTACHEMENT AUX AMIS ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE À L'ADOLESCENCE : UNE ÉTUDE LONGITUDINALE

ATTACHMENT TO FRIENDS AND PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN ADOLESCENCE: A
LONGITUDINAL STUDY

Amélie Benoit

Université de Montréal

Dave Miranda

Université d'Ottawa

Michel Claes¹

Université de Montréal

INTRODUCTION

Les relations d'amitié revêtent une importance particulière dans le développement psychosocial à l'adolescence et la présence de difficultés dans cette sphère relationnelle a été fréquemment associée à diverses manifestations de détresse psychologique (Armsden & Greenberg, 1987; Claes, 1992; Deater-Deckard, 2001; Formoso, Gonzales, & Aiken, 2000; Hartup & Stevens, 1997; Hussong, 2000; Laible, Carlo & Raffaelli, 2000; Muris, Meesters, Van Melick, & Zwambag, 2001; Nada Raja, McGee, & Stanton, 1992; Oldenberg & Kerns, 1997). Bien que l'amitié soit à tout âge fortement valorisée dans la vie sociale (Hartup & Stevens, 1997), les liens d'amitié prennent une signification particulière à l'adolescence car ceux-ci répondent à de nouvelles réalités développementales propres à cette période (Erdley, Nangle, Newman, & Carpenter, 2001; Youniss & Smollar, 1985). Hartup (1989) estime que les relations d'amitié avec les pairs à l'adolescence sont caractérisées par la réciprocité et la mutualité : elles favorisent ainsi le développement de certaines habiletés sociales telles que la façon d'entrer en relation avec les autres, de s'engager dans des relations d'intimité et de gérer les conflits interpersonnels. Les relations d'amitié offrent aussi un lieu qui soutient l'individuation et l'indépendance, notamment en favorisant l'émancipation de la tutelle parentale afin de construire sa propre identité (Claes, 2003; Hay & Ashman, 2003).

L'attachement aux amis à l'adolescence

Si avoir des amis se révèle important pour les adolescents, plusieurs auteurs considèrent qu'il est essentiel de prendre en compte la qualité des rapports d'amitié pour saisir l'essentiel de ces relations et leur impact sur le développement psychosocial (Furman, 1996; Hartup & Stevens, 1997). Les résultats d'études montrent effectivement que la qualité des relations d'amitié présente un lien plus fort avec l'ajustement psychologique des adolescents que la simple somme du nombre d'amis répertoriés dans leur

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université de Montréal, C.P. 6128, succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-7984. Télécopieur : (514) 343-2285. Courriel : michel.claes@sympatico.ca

réseau social (Claes, 1992; Hussong, 2000). Il faut par ailleurs souligner que l'adolescence constitue également un moment crucial dans l'évolution des liens d'attachement interpersonnels (Ainsworth, 1989). Si, durant l'enfance, les parents représentent les principales figures vers lesquelles l'enfant s'adresse en cas de détresse, à l'adolescence, de nouvelles figures d'attachement émergent, particulièrement les amis intimes (Buhrmester & Furman, 1987; Zimmerman, 2000). En conséquence, l'attachement qui lie les adolescents et leurs amis représente un élément central de l'évaluation de la qualité d'une relation d'amitié à l'adolescence (Armsden & Greenberg, 1987).

La théorie de l'attachement, développée par Bowlby (1969), soutient que les interactions entre le bébé et son fournisseur de soins, le plus souvent la mère, va donner lieu à la construction d'un modèle intériorisé opérant qui va progressivement structurer l'univers relationnel et la représentation de soi. C'est l'accessibilité à la figure d'attachement et l'assurance de pouvoir compter sur son soutien en cas de détresse qui vont permettre la création d'un lien offrant la sécurité grâce à laquelle l'enfant pourra explorer avec confiance l'univers qui l'entoure. La théorie de l'attachement a été étendue plus récemment à l'adolescence qui, comme le souligne Zimmerman (2000), représente une période marquée par deux phénomènes : l'émergence de nouvelles figures d'attachement, comme les amis intimes ou les partenaires amoureux, et l'évolution des modalités d'expression de l'attachement qui prennent désormais une dimension plus cognitive. En effet, durant l'enfance, les manifestations de l'attachement se traduisent par certains comportements telle la recherche de proximité physique avec le parent, tandis que l'adolescent développe des représentations et des croyances concernant la disponibilité émotionnelle de ses figures d'attachement. C'est en abordant l'attachement aux amis en tant que phénomène affectif/cognitif, dimensionnel, conscient et donc propice à la mesure autorapportée (Burge et al., 1997), que Greenberg, Siegel et Leitch (1983) et Armsden et Greenberg (1987) ont développé leur modalité d'évaluation de l'attachement aux amis. Dans ce modèle, l'attachement aux amis est évalué par la présence de trois dimensions : la confiance, la communication et l'aliénation.

La confiance est considérée comme une importante « provision relationnelle » dans les relations d'amitié, car la conviction de pouvoir compter sur un ami en cas de besoin favorise un sentiment de sécurité, tandis que les doutes ou l'absence de confiance sont liés à de l'anxiété et à de la vulnérabilité (Erdley et al., 2001). La confiance est d'ailleurs un thème considéré comme étant très important dans les amitiés à l'adolescence : entre l'âge de 14 et 16 ans, les adolescents se révèlent particulièrement préoccupés par des questions de jalousie et de trahison

dans leurs amitiés (Coleman, 1980). La communication représente une qualité centrale dans les relations d'amitié à l'adolescence (Claes & Poirier, 1993). Les conversations entre amis offrent de nombreuses occasions d'échanges qui permettent d'exprimer des préoccupations, de formuler des opinions et de partager des confidences (Buhrmester, 1996), notamment à propos d'expériences vécues avec d'autres amis ou les membres de la famille, de doutes sur soi, des relations avec le sexe opposé et de la sexualité (Youniss & Smollar, 1985). L'aliénation représente le troisième facteur constitutif de l'attachement aux amis à l'adolescence. Cette composante affective/cognitive se définit comme une expérience négative de colère et de désespoir devant le peu de réponses ou l'insensibilité des amis en cas de besoin (Armsden & Greenberg, 1987). L'aliénation prend alors la forme d'un sentiment d'isolement (Muris et al., 2001) et apparaît lorsqu'un individu se sent différent ou incompris par ses amis (Armsden & Greenberg, 1987).

L'attachement aux amis chez les filles et les garçons

L'engagement dans les relations d'amitié donne lieu à des différences marquées entre les filles et les garçons. Même si les amitiés sont aussi valorisées chez les deux sexes, les filles accordent plus d'importance aux dimensions d'intimité; elles développent aussi plus précocement des relations intimes avec des amies et elles ont plus d'attentes relationnelles envers leurs amies (Claes, 2003; Claes & Poirier, 1993). Ainsi, à l'adolescence, les filles présentent en moyenne un attachement plus fort à leurs amies que les garçons (Laible et al., 2000; Ma & Huebner, 2008; Nada Raja et al., 1992). À ce sujet, certains auteurs soulignent qu'étant donné l'importante implication émotive des filles dans leurs relations d'amitié, la présence de stress ou de difficultés dans ces relations devrait se révéler plus pénalisante pour celles-ci, particulièrement en termes de symptômes de dépression et de diminution de l'estime de soi (Moran & Eckenrode, 1991). Sund, Larsson et Wichstrøm (2003) recensent d'ailleurs des écrits qui indiquent que les filles adolescentes rapportent en général davantage de stress dans leurs relations interpersonnelles, ce stress étant relié à la présence de symptômes intériorisés chez celles-ci. Toutefois, leurs propres résultats indiquent que la présence de stress interpersonnel, qui inclut le stress dans les relations d'amitié, est associé à la dépression autant chez les filles que chez les garçons.

L'évolution de l'attachement aux amis durant l'adolescence

Est-ce que le niveau d'attachement aux amis demeure stable, augmente ou diminue au cours de l'adolescence? Si certains auteurs ont examiné l'évolution des caractéristiques générales des amitiés au cours de l'adolescence (p. ex. Berndt & Perry, 1986; Coleman, 1980; Shulman, Laursen, Kalman, & Karpovsky, 1997), très peu d'études empiriques se

sont penchées spécifiquement sur l'évolution de l'attachement aux amis au cours de cette période dans le cadre théorique proposé par Armsden et Greenberg (1987). En fait, les études développementales se sont davantage intéressées à comprendre la transition de l'attachement aux parents à l'attachement envers les pairs à l'adolescence (p. ex. Nickerson & Nagle, 2005; Zimmerman, 2000). D'autres études longitudinales ont quant à elles permis de constater la façon dont le soutien des amis augmente et se stabilise lors de la transition de l'école primaire à l'école secondaire (p. ex. Cantin & Boivin, 2004), mais ces dernières ne se penchent pas sur le concept d'attachement tel que décrit dans le cadre théorique d'Armsden et Greenberg (1987).

Il est à ce sujet légitime de postuler que le niveau global d'attachement aux amis à l'adolescence devrait augmenter au cours de l'adolescence, puisque les adolescents devraient en principe s'investir de plus en plus dans leurs relations d'amitié. En effet, l'adolescence se caractérise généralement par un désengagement progressif de la vie familiale en faveur d'un investissement plus important dans les relations d'amitié (Furman & Buhrmester, 1992; Larson & Richards, 1991). C'est d'ailleurs à l'adolescence que l'on passe le plus de temps avec ses amis en les fréquentant presque quotidiennement (Claes & Poirier, 1993). Certains résultats empiriques abondent dans le sens d'une telle augmentation, tels que ceux de Way et Greene (2006), qui indiquent que la qualité perçue des relations d'amitié augmente au cours de l'adolescence.

L'attachement aux amis et la détresse psychologique

Plusieurs études ont montré qu'un attachement plus fort aux amis était associé à des niveaux plus faibles de symptômes dépressifs et/ou d'anxiété (p. ex. Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990; Bosacki, Dane, Marini, & Cura, 2007; Formoso et al., 2000; Laible et al., 2000; Muris et al., 2001; Nada Raja *et al.*, 1992) et à un meilleur ajustement psychologique à l'adolescence (p. ex. Armsden & Greenberg, 1987; Claes, 1992; Greenberg et al., 1983). Il faut toutefois souligner que ces études, montrant un lien entre l'attachement aux amis et la présence de symptômes intériorisés, possèdent toutes des devis de recherche transversaux n'ayant qu'un seul temps de mesure. Ceci constitue une lacune importante, puisque seules des études longitudinales ayant recours à un suivi au fil des années peuvent apporter une démonstration valide de liens prédictifs.

À notre connaissance, seules deux études longitudinales se sont attardées à vérifier la présence de tels liens et leurs résultats remettent en question les conclusions émises à partir des études transversales. L'étude longitudinale de Burge et collaborateurs (1997) montre qu'aucune des trois dimensions de l'attachement aux amis (confiance, communication et

aliénation) ne prédit la dépression ou l'anxiété 12 mois plus tard. Leur échantillon de 137 participants se limitait toutefois à des adolescentes âgées de 18 ans en moyenne, ce qui remet en question la généralisation des résultats à la période de l'adolescence et aux garçons. Les résultats longitudinaux obtenus par Sund et Wichstrøm (2002) révèlent également que l'attachement aux amis ne prédit pas la présence de symptômes de dépression sévère chez environ 2000 adolescents âgés de 12 à 14 ans évalués à deux reprises sur une période d'un an. Cependant, leur mesure de dépression considérait seulement des symptômes très sévères de dépression, à des fins diagnostiques.

Objectifs et hypothèses

L'objectif préliminaire de la présente étude est d'examiner la stabilité moyenne de l'attachement aux amis chez les filles et les garçons au cours de l'adolescence. La première hypothèse prévoit que l'attachement aux amis devrait augmenter au cours de l'adolescence. Cette hypothèse s'inspire du fait que les adolescents s'investissent davantage au fil des années dans leur réseau de pairs et leurs relations d'amitié, une évolution des relations interpersonnelles qui devrait être propice à accentuer le développement de l'attachement aux amis.

L'objectif principal de la présente étude vise ensuite à vérifier la présence de liens prédictifs entre l'attachement aux amis et la détresse psychologique au cours de l'adolescence. Pour ce faire, deux approches seront préconisées. L'étude se propose tout d'abord d'examiner si le niveau d'attachement aux amis en début d'adolescence permet de prédire le niveau de détresse psychologique deux ans plus tard, au-delà du niveau initial de détresse psychologique en début d'adolescence. Ensuite, il sera examiné si la variation de l'attachement aux amis sur une période de deux ans permet de prédire la variation de la détresse psychologique sur cette même période. À cet effet, il est attendu, d'une part, qu'un niveau d'attachement aux amis plus élevé en début d'adolescence prédise un niveau de détresse psychologique plus faible deux ans plus tard et, d'autre part, qu'une diminution de l'attachement aux amis au cours des deux années prédise une augmentation des symptômes de détresse psychologique sur cette même période. Ces hypothèses s'appuient essentiellement sur les nombreux écrits indiquant l'importance développementale de la qualité des amitiés et de l'attachement aux amis pour l'adaptation psychosociale à l'adolescence. Les liens prédictifs entre l'attachement aux amis et la détresse psychologique seront testés chez les filles et les garçons. Il est par ailleurs attendu que ces liens soient plus forts chez les filles que chez les garçons, compte tenu que les filles présentent généralement un attachement plus fort à leurs amies et qu'elles seraient possiblement plus sensibles que les garçons aux difficultés vécues dans leurs relations d'amitié (Moran & Eckenrode, 1991).

MÉTHODE

Participants

La présente étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche longitudinale qui a suivi un échantillon d'adolescents une fois par année en trois temps de mesure (T1 = 1999, T2 = 2000 et T3 = 2001). Des 1321 participants interrogés au premier temps de mesure, 794 ont pu être suivis durant les deux années prévues au devis longitudinal. Un examen préliminaire des données a permis de retirer cinq participants présentant un profil de réponses aberrant. Deux participants qui ont omis de préciser leur sexe ont aussi dû être retirés des analyses. L'échantillon longitudinal final retenu pour la présente étude comprend donc 787 participants : 427 filles (54,3 %) et 360 garçons (45,7 %). Ils avaient en moyenne 14,33 ans ($\bar{ET} = 1,00$) au premier temps de mesure, 15,32 ans ($\bar{ET} = 1,00$) au deuxième et 16,34 ans ($\bar{ET} = 1,13$) au troisième temps de mesure. Les adolescents ont été recrutés dans deux écoles secondaires du secteur public : 313 (39,8 %) fréquentent une école située sur l'île de Montréal et 474 (60,2 %) fréquentent une école secondaire de la Rive-Sud de Montréal. Cinq cent trente-trois adolescents (67,8 %) proviennent de familles intactes, 187 (23,8 %) sont issus de familles dont les parents sont divorcés ou séparés et 67 (8,4 %) sont classés dans un statut familial « autre ». Environ 40 % des parents des participants ont un niveau de scolarité postsecondaire (40,8 % des pères et 43,9 % des mères). La majorité des participants sont soit d'origine québécoise ou canadienne puisque 78,6 % des pères et 81,7 % des mères sont nés soit au Québec, soit au Canada.

Instruments et procédure

Les participants ont rempli un questionnaire autorapporté lors d'une séance quotidienne de classe, en l'absence des enseignants. Le consentement libre et éclairé des participants et de leurs parents a été obtenu au préalable et la confidentialité a été assurée. Deux échelles ont été retenues dans le cadre de la présente étude : l'attachement aux amis et la détresse psychologique.

L'attachement aux amis

L'attachement aux amis a été mesuré par les items de la section « pairs » de l'*Inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs* (*Inventory of Parent and Peer Attachment*, Armsden & Greenberg, 1987). Douze items évaluent le niveau d'attachement aux meilleur(e)s ami(e)s de même sexe à partir de la confiance (p. ex. « Je peux compter sur mes ami(e)s lorsque j'ai besoin de leur confier ce que j'ai sur le cœur »), de la communication (p. ex. « Mes ami(e)s m'aident à parler de mes problèmes ») et de l'aliénation (p. ex. « Mes ami(e)s ne comprennent pas

ce que je vis ces temps-ci») au sein des relations d'amitié. Les participants devaient répondre sur une échelle de type Likert à quatre niveaux : 1 = cela ne correspond pas du tout, 2 = cela correspond parfois, 3 = cela correspond souvent et 4 = cela correspond tout à fait. Cette échelle a montré de bonnes qualités psychométriques lors de sa validation initiale (Armsden & Greenberg, 1987). Dans le présent échantillon, la consistance interne de l'échelle globale, mesurée par les alphas de Cronbach, se situe entre .85 et .87 selon les trois temps de mesure. Le score total d'attachement aux amis provient de l'addition des réponses à chaque item, les réponses aux items d'aliénation ayant été inversées. Les scores totaux se situent de 15 à 48 : un score plus élevé indique un plus fort attachement aux amis.

La détresse psychologique

La détresse psychologique a été mesurée par L'*Indice de détresse psychologique* de l'étude de Santé Québec (Préville, Boyer, Potvin, Perrault, & Legaré, 1992). Cette échelle de 14 items évalue divers symptômes de détresse psychologique, soit des symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et également des symptômes cognitifs propres à un état de détresse (p. ex. difficulté de concentration). Les adolescents devaient indiquer s'ils avaient éprouvé les symptômes de détresse psychologique au cours de la dernière semaine sur une échelle Likert à quatre niveaux (1 = Jamais, 2 = De temps en temps, 3 = Assez souvent, 4 = Toujours). Cette échelle a été validée auprès d'une population adolescente (Deschênes, 1998) et elle obtient, dans le présent échantillon, des alphas de Cronbach se situant entre .89 et .90 selon les trois temps de mesure. Le score total de détresse psychologique a été calculé en additionnant les réponses des participants à chaque item. Les scores totaux des participants se situent de 14 à 56 : un score plus élevé signifie la présence d'une plus grande détresse psychologique.

RÉSULTATS

Analyses d'attrition

Des analyses d'attrition ont été effectuées pour vérifier si l'échantillon longitudinal ($N = 787$) différait significativement de l'échantillon d'adolescents qui n'a pas pu être suivi durant les trois temps de mesure ($n = 534$). Les résultats d'un premier test t , réalisé sur les scores totaux d'attachement aux amis au T1, ont indiqué que l'échantillon longitudinal ne diffère pas significativement de l'échantillon d'attrition [$t(1319) = 1,54$, n.s.]. Les adolescents composant l'échantillon longitudinal ($M = 36,38$; $ÉT = 6,75$) rapportent donc un niveau d'attachement à leurs pairs similaire au T1 à celui des adolescents perdus par attrition ($M = 35,79$; $ÉT = 7,01$). Les résultats d'un deuxième test t sur les scores totaux de détresse psychologique au T1 ont toutefois fait ressortir une différence

significative entre les deux groupes [$t(1319) = -4,35, p < .01$]. Les adolescents de l'échantillon longitudinal ($M = 24,92, \acute{E}T = 7,70$) présentent significativement moins de détresse psychologique au T1 que les adolescents du groupe d'attrition ($M = 26,85, \acute{E}T = 8,28$).

Afin d'évaluer l'impact des données manquantes sur les résultats, une procédure de traitement des données manquantes a été appliquée. À cet effet, la méthode d'imputation itérative *Expectation Maximisation Algorith*m a été utilisée, permettant de générer un scénario de données complètes pour tous les participants ayant des données manquantes. Cette méthode tient compte de l'ensemble des variables déjà présentes dans la base de données pour évaluer la meilleure valeur de remplacement pour chaque donnée manquante. Les données manquantes d'un participant sont remplacées par des valeurs estimées à partir d'un autre participant au profil similaire, ce qui permet de conserver la variance originale des données et les patrons de relations entre les variables (Wayman, 2003). Les analyses statistiques réalisées avec l'échantillon longitudinal ($N = 787$) ont donc été répétées avec l'échantillon complet incluant les données imputées ($N = 1321$). Les conclusions sont demeurées les mêmes, ce qui rajoute à la validité des résultats issus de l'échantillon longitudinal, en dépit de la perte différentielle de participants. Néanmoins, nous devons tout de même présenter et interpréter uniquement les résultats pour les participants dont les données sont disponibles aux trois temps de mesure ($N = 787$).

Statistiques descriptives

Le Tableau 1 présente les moyennes et les écarts-types d'attachement aux amis et de détresse psychologique pour les trois temps de mesure. Les filles rapportent un attachement à leurs amis significativement plus fort que les garçons, et ce, au T1 [$t(785) = 9,41, p < .01$], au T2 [$t(785) = 12,09, p < .01$] et au T3 [$t(785) = 11,74, p < .01$]. Les filles présentent également des scores de détresse psychologique significativement plus élevés que ceux des garçons au T1 [$t(785) = 6,63, p < .01$], au T2 [$t(785) = 7,48, p < .01$] et au T3 [$t(785) = 6,09, p < .01$].

Une analyse de variance (ANOVA) à mesures répétées a permis de vérifier si l'attachement aux amis augmente en moyenne au cours des deux années de suivi de cette étude (voir Tableau 2 et Figure 1). Comme l'indique le Tableau 2, par rapport aux moyennes d'attachement aux amis, il n'y a pas d'effet d'interaction entre les trois temps de mesure et le sexe des adolescents [$F(2,1954) = 2,26, n.s.$]. Toutefois, il y a un effet principal lié aux trois temps de mesure [$F(2,1954) = 3,63, p < .05$]. Les comparaisons de moyennes, ajustées avec la correction de Bonferroni, indiquent que le niveau moyen d'attachement aux amis augmente

Tableau 1

Moyennes et écart-types de l'attachement aux amis et de la détresse psychologique chez les filles et les garçons aux trois temps de mesure

Variables	Filles	Garçons	Total
Attachement aux amis T1	38,35 (6,36)	34,04 (6,46)	36,38 (6,75)
Attachement aux amis T2	39,12 (5,91)	33,94 (6,06)	36,75 (6,51)
Attachement aux amis T3	39,40 (6,04)	34,24 (6,25)	37,04 (6,65)
Détresse psychologique T1	26,54 (8,14)	22,99 (6,66)	24,92 (7,70)
Détresse psychologique T2	26,26 (8,21)	22,23 (6,63)	24,41 (7,78)
Détresse psychologique T3	27,59 (8,53)	24,08 (7,42)	25,98 (8,22)

Tableau 2

Analyse de variance à mesures répétées des moyennes d'attachement aux amis aux trois temps de mesure, chez les filles et les garçons

Source de variation	dl	Somme des carrés	Carré moyen	F
Temps de mesure	2	152,50	76,25	3.63*
Temps de mesure X Sexe	2	94,98	47,49	2.26

* $p < .05$

significativement entre le T1 et le T3 (différence de moyennes = 0.62, $p < .05$), mais qu'il n'est pas différent du T1 au T2 (différence de moyennes = 0.33, n.s.) et du T2 au T3 (différence de moyennes = 0.29, n.s.).

Les liens entre l'attachement aux amis et la détresse psychologique

Une première analyse de régression hiérarchique a testé la valeur prédictive du niveau d'attachement aux amis au T1 sur la détresse

Attachement aux amis et détresse psychologique

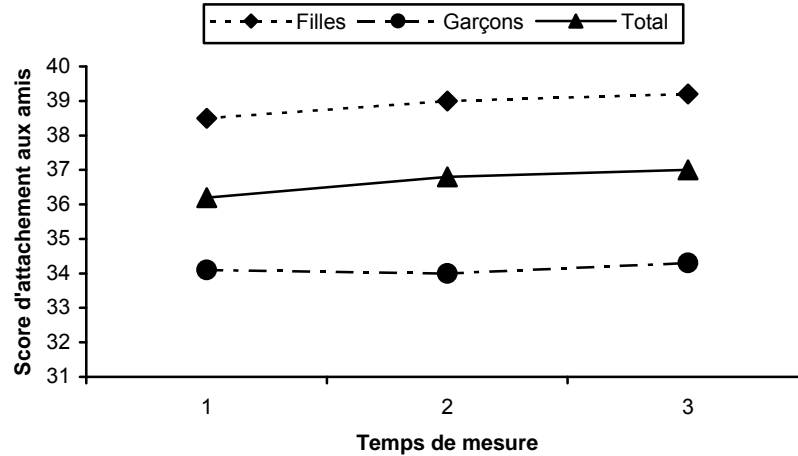


Figure 1. Moyennes d'attachement aux amis pour les filles, les garçons et l'échantillon total, aux trois temps de mesure.

psychologique au T3, et ce, en considérant le sexe des participants et le niveau de détresse psychologique au T1 comme variables contrôles. Tel que résumé dans le Tableau 3, le niveau d'attachement aux amis au T1 ne prédit pas significativement le niveau de détresse psychologique au T3, une fois que le sexe des adolescents et leur niveau initial de détresse psychologique au T1 sont contrôlés. Le Tableau 3 indique également que l'interaction entre le niveau d'attachement aux amis au T1 et le sexe des participants n'est pas significative et met en évidence une absence d'effet modérateur du sexe des participants qui montre que l'attachement aux amis au T1 ne prédit pas la détresse psychologique au T3 ni chez les filles ni chez les garçons.

Une seconde analyse de régression hiérarchique a vérifié si la variation moyenne du niveau d'attachement aux amis entre le T1 et le T3 prédit la variation moyenne du niveau de détresse psychologique entre le T1 et le T3. Pour calculer la variation moyenne de l'attachement aux amis et de la détresse psychologique entre le T1 et le T3, pour chacune des deux mesures, nous avons soustrait les scores des participants au T1 à leurs scores au T3. Autant pour l'attachement aux amis que pour la détresse psychologique, les variations de scores entre le T1 et le T3 vont de -28 à 28. Comme le résume le Tableau 4, à la première étape, le sexe des participants ne prédit pas la variation de détresse psychologique (T1 à T3). Toutefois, la variation moyenne de l'attachement aux amis (T1 à T3)

Tableau 3

Résumé de la régression hiérarchique de la prédiction de la détresse psychologique au T3 à partir de l'attachement aux amis au T1

Variabiles	B	ÉT B	β	R ²	ΔR^2
<i>Étape 1</i>					
Sexe (0 = garçon; 1 = fille)	2.31**	.58	.14		
Détresse psychologique T1	.43**	.04	.40		
Attachement aux amis T1	-.08	.04	-.07		
				.21**	
<i>Étape 2</i>					
Attachement aux amis T1 x Sexe	.03	.08	.08		
				.21**	.00

** $p < .001$

prédit significativement la variation moyenne de la détresse psychologique (T1 à T3). Plus précisément, une diminution moyenne du niveau d'attachement aux amis entre le T1 et le T3 prédit une augmentation moyenne de la détresse psychologique entre le T1 et le T3. À la deuxième étape, l'effet d'interaction « variation moyenne de l'attachement aux amis T1-T3 x sexe » ne prédit pas la variation moyenne de la détresse psychologique (T1 à T3), au-delà des effets principaux du sexe et de la variation moyenne de l'attachement aux amis (T1 à T3). Au terme des deux ans de suivi, ces résultats montrent qu'une diminution moyenne de l'attachement aux amis prédit une augmentation moyenne des symptômes de détresse psychologique à l'adolescence, et ce, autant chez les filles que chez les garçons.

DISCUSSION

La stabilité de l'attachement aux amis au cours de l'adolescence

L'objectif préliminaire de la présente étude était d'examiner la stabilité du niveau moyen d'attachement aux amis chez les filles et les garçons au cours de l'adolescence. En ce qui concerne cet objectif, les résultats confirment notre première hypothèse, car autant chez les filles que chez les garçons, le niveau d'attachement aux amis augmente après les deux années de suivi de la présente étude. Étant donné que l'adolescence se caractérise généralement par un désengagement progressif de la vie familiale en faveur d'un investissement plus intense dans les relations

Attachement aux amis et détresse psychologique

Tableau 4

Résumé de la régression hiérarchique prédisant la variation moyenne de détresse psychologique entre le T1 et le T3 à partir de la variation moyenne de l'attachement aux amis entre le T1 et le T3

Variabiles	B	ÉT B	β	R ²	ΔR^2
<i>Étape 1</i>					
Sexe (0 = garçon; 1 = fille)	.10	.60	.01		
Variation de l'attachement aux amis T1-T3	-.18**	.04	-.15		
				.02**	
<i>Étape 2</i>					
Variation de l'attachement aux amis T1-T3 X Sexe	-.08	.09	-.05		
				.02**	.00

** $p < .001$

d'amitié (Furman & Buhrmester, 1992; Larson & Richards, 1991), il était effectivement envisageable que ce contexte de transition développementale puisse être propice à une augmentation générale et progressive du niveau d'attachement aux amis au fil de l'adolescence. La multiplication de contextes sociaux et d'expériences interpersonnelles avec des amis à l'adolescence peut en effet favoriser une augmentation du niveau d'attachement aux amis. Cependant, dans la présente étude longitudinale, l'augmentation significative du niveau d'attachement aux amis a été observée seulement sur un intervalle minimal de deux ans. Ces résultats longitudinaux suggèrent donc la nécessité d'effectuer des études longitudinales s'échelonnant sur plusieurs années et avec plusieurs temps de mesure pour mieux décrire et comprendre l'évolution moyenne de l'attachement aux amis à l'adolescence.

L'attachement aux amis et la détresse psychologique

L'objectif principal de la présente étude était de vérifier la présence de liens prédictifs entre l'attachement aux amis et la détresse psychologique au cours de l'adolescence. À ce sujet, notre seconde hypothèse a été infirmée, puisque les résultats ont indiqué que le niveau d'attachement aux amis en début d'adolescence ne prédit pas le niveau de détresse psychologique deux ans plus tard, et ce, ni chez les filles, ni chez les garçons. Ce résultat est quelque peu surprenant puisque cette hypothèse s'appuyait sur de nombreux écrits indiquant l'importance développementale de la qualité des amitiés et de l'attachement aux amis pour l'adaptation psychosociale à l'adolescence. Sur le plan empirique,

nos résultats rejoignent néanmoins ceux obtenus lors d'études longitudinales antérieures, qui montraient qu'un faible attachement aux amis n'était pas un prédicteur significatif de dépression majeure et de troubles anxieux à l'adolescence (Burge et al., 1997; Sund & Wichstrøm, 2002).

En revanche, des analyses de régression subséquentes ont dégagé des résultats éclairant un effet développemental plus complexe : un lien inverse est observé entre la variation de l'attachement aux amis sur deux ans et la détresse psychologique sur cette même période. Ceci indique qu'une diminution de l'attachement aux amis sur deux ans est associée à une augmentation de la détresse psychologique sur cette même période, ou à l'inverse, qu'une augmentation du niveau d'attachement aux amis est associée à une diminution de la détresse psychologique chez les adolescents. À cet égard, il est donc possible d'avancer qu'une détérioration des liens d'attachement aux amis peut agir comme un facteur de risque de détresse psychologique à l'adolescence, alors qu'un renforcement progressif des liens d'attachement aux amis peut représenter un facteur contribuant au bien-être psychologique des adolescents. En ce sens, nos résultats rejoignent les conclusions de Bagwell, Schmidt, Newcomb et Bukowski (2001) qui soutiennent que la qualité des relations entretenues avec les amis peut avoir une valeur prédictive sur l'ajustement psychologique ultérieur des adolescents. Ces observations rejoignent aussi les propos des auteurs qui soulignent les fonctions positives des liens d'amitiés qui permettent, entre autres, de partager des préoccupations et des inquiétudes en situation de détresse (Buhrmester, 1996; Buhrmester & Furman, 1986; Zimmerman, 2000).

Il était également attendu que ce lien prédictif entre la variation de l'attachement aux amis et la variation de la détresse psychologique soit plus fort chez les filles que chez les garçons, notamment parce que les écrits suggéraient que les filles ont plus d'attentes envers leurs amitiés et qu'elles sont plus affectées par des problèmes avec les amis. Néanmoins, la présente étude longitudinale n'appuie pas cette différence liée au genre, puisque le lien prédictif entre une diminution du niveau d'attachement aux amis et une augmentation de la détresse psychologique n'est pas ressorti de façon plus importante chez les filles par rapport aux garçons. En revanche, comme les écrits recensés le suggéraient, les résultats de la présente étude montrent que les filles présentent effectivement un attachement plus fort à leurs amis comparativement aux garçons. Ces résultats s'expliquent peut-être par le fait que bien que des différences semblent exister dans la façon dont les adolescents et les adolescentes témoignent de l'attachement à leurs amis (Laible et al., 2000; Nada Raja et al., 1992), les relations d'amitié apparaissent comme étant à l'adolescence aussi valorisées par les filles que par les garçons (Claes, 2003; Claes &

Poirier, 1993) et donc possiblement d'égale importance pour leur bien-être psychologique.

Les résultats de la présente étude longitudinale peuvent possiblement inspirer certaines applications pour les psychologues cliniciens. Premièrement, l'étude appuie, comme l'ont souligné plusieurs auteurs, l'importance des relations avec les pairs dans le cours du développement des enfants et des adolescents et l'impact de ces relations sur l'ajustement psychosocial. De plus, l'étude fait ressortir l'importance qu'il faut accorder à la qualité des relations d'amitié des adolescents, et notamment la qualité de l'attachement aux amis, en offrant des pistes pour l'évaluation de l'attachement à partir des dimensions de confiance, de communication et d'aliénation au sein des relations d'amitié. Cette évaluation pourrait s'avérer être un élément pertinent pour mieux situer et comprendre la détresse psychologique vécue par certains adolescents.

CONTRIBUTIONS ET LIMITES

En somme, les résultats de cette étude longitudinale contribuent à soutenir la possibilité que l'évolution du niveau d'attachement aux amis à l'adolescence se caractérise généralement par une légère augmentation au fil des années. Ces résultats suggèrent que la norme adaptative serait une augmentation progressive de l'attachement aux amis à l'adolescence, puisque la tendance inverse, soit la diminution de l'attachement aux amis, est quant à elle associée à une augmentation de la détresse psychologique. En somme, à la lumière des écrits et de nos résultats longitudinaux, il semble donc possible de suggérer qu'une diminution du niveau d'attachement aux amis représente un facteur de risque potentiel de détresse psychologique chez les adolescents.

La présente étude longitudinale conserve néanmoins des limites importantes. Tout d'abord, l'attrition constitue une limite, puisque les participants perdus au cours du suivi de deux ans présentaient un score de détresse psychologique plus élevé comparativement à ceux suivis aux trois temps de mesure. Il faut aussi souligner que l'échantillon de convenance limite la généralisation des résultats obtenus. Par ailleurs, autant pour l'attachement aux amis que pour la détresse psychologique, les variations de scores entre le T1 et le T3 indiquaient également la possibilité qu'il existe différents profils d'adolescents, soit certains adolescents pour qui les scores augmentent, d'autres pour qui ils diminuent et certains pour qui le niveau d'attachement ou de détresse psychologique restent stables. Cette limite illustre l'importance pour les futures études longitudinales d'examiner les différentes trajectoires développementales possibles en termes d'évolution de l'attachement aux amis à l'adolescence. Enfin, les liens prédictifs examinés sont de nature

corrélacionnelle, ce qui ne permet pas de démontrer de liens de causalité entre l'attachement aux amis et la détresse psychologique.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709-716.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18(6), 683-697.
- Bagwell, C. L., Schmidt, M. E., Newcomb, A. F., & Bukowski, W. M. (2001). Friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. In D. W. Nangle & C. A. Erdley (Éds), *The role of friendship in psychological adjustment: New Directions for Child and Adolescent Development*, 91. San Francisco : Jossey-Bass.
- Berndt, T. J., & Perry, T. B. (1986). Children's perceptions of friendships as supportive relationships. *Developmental Psychology*, 22(5), 640-648.
- Bosacki, S., Dane, A., Marini, Z., & Cura, W. (2007). Peer relationships and internalizing problems in adolescents: Mediating role of self-esteem. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 12(4), 261-282.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (vol. 1)*. New York: Basic Books.
- Buhrmester, D. (1996). Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Éds), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buhrmester, D., & Furman, W. (1986). The changing functions of children's friendship: A neo-Sullivanian perspective. In V. Derlega & B. Winstead (Éds), *Friendships and social interaction* (pp. 41-62). New York: Springer.
- Buhrmester, D. et Furman, W. (1987). The development of companionship and intimacy. *Child Development*, 58(4), 1110-1113.
- Burge, D., Hammen, C., Davila, J., Daley, S. E., Paley, B., Lindberg, N., Herzberg, D., & Rudolph, K. D. (1997). The relationship between attachment cognitions and psychological adjustment in late adolescence. *Development and Psychopathology*, 9, 151-167.
- Cantin, S., & Boivin, M. (2004). Change and stability in children's social network and self-perceptions during transition from elementary to junior high school. *International Journal of Behavioral Development*, 28(6), 561-570.
- Claes, M. (2003). *L'univers social des adolescents*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Claes, M. E. (1992). Friendship and personal adjustment during adolescence. *Journal of Adolescence*, 15(1), 39-55.
- Claes, M., & Poirier, L. (1993). Caractéristiques et fonctions des relations d'amitié à l'adolescence. *Psychiatrie de l'enfant*, 36(1), 289-308.
- Coleman, J. C. (1980). Friendship and the peer group in adolescence. In J. Adelson (Éd.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 408-431). New York: John Wiley & Sons.
- Deater-Deckard, K. (2001). Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 42(5), 565-579.
- Deschesnes, M. (1998). Étude de la validité et de la fidélité de l'Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPSQ-14), chez une population adolescente. *Canadian Psychology*, 39(4), 288-298.
- Erdley, C. A., Nangle, D. W., Newman, J. E., & Carpenter, E. M. (2001). Children's friendship experiences and psychological adjustment: Theory and research. In D. W. Nangle &

Attachement aux amis et détresse psychologique

- C. A Erdley (Éds), *The role of friendship in psychological adjustment. New Directions for child and adolescent development*, 91 (pp. 5-24). San Francisco: Jossey-Bass.
- Formoso, D., Gonzales, N. A., & Aiken, L. S. (2000). Family conflict and children's internalizing and externalizing behavior: Protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 28(2), 175-199.
- Furman, W. (1996). The measurement of friendship perceptions: Conceptual and methodological issues. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Éds), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 41-63). Cambridge: Cambridge University Press.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of networks of personal relationships. *Child Development*, 63(1), 103-115.
- Greenberg, M. T., Siegel, J. M., & Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(5), 373-387.
- Hay, I., & Ashman, A. F. (2003). The development of adolescents' emotional stability and general self-concept: The interplay of parents, peers and gender. *International Journal of Disability and Education*, 50(1), 77-91.
- Hartup, W. W. (1989). Social relationships and their developmental significance. *American Psychologist*, 44(2), 120-126.
- Hartup, W. W., & Stevens, N. (1997). Friendship and adaptation in the life course. *Psychological Bulletin*, 121, 355-370.
- Hussong, A. M. (2000). Perceived social context and adolescent adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 391-415.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 45-59.
- Larson, R. et Richards, M. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts. *Child Development*, 62(2), 284-300.
- Ma, C. Q., & Huebner, S. C. (2008). Attachment relationships and adolescents' life satisfaction: Some relationships matter more to girls than boys. *Psychology in the Schools*, 45(2), 177-190.
- Moran, P., & Eckenrode, J. (1991). Gender differences in the costs and benefits of peer relationships during adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 6(4), 396-409.
- Muris, P., Meesters, C., Van Melick, M., & Zwambag, L. (2001). Self-reported attachment style, attachment quality, and symptoms of anxiety and depression in young adolescents. *Personality and Individual Differences*, 30(5), 809-818.
- Nada Raja, S., McGee, R., & Stanton, W. R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(4), 471-485.
- Nickerson, A. B., & Nagle, R. J. (2005). Parent and peer attachment in late childhood and early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25(2), 223-249.
- Oldenberg, C. M., & Kerns, K. A. (1997). Association between peer relationships and depressive symptoms: testing moderator effects of gender and age. *Journal of Early Adolescence*, 17(3), 319-337.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Legaré, G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec*. Québec : Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Shulman, S., Laursen, B., Kalman, Z., & Karpovsky, S. (1997). Adolescent intimacy revisited. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(5), 597-617.
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 588-597.
- Sund, A. M., & Wichstrøm, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1478-1485.

-
- Way, N., & Greene, M. L. (2006). Trajectories of perceived friendship quality during adolescence: The patterns and contextual predictors. *Journal of Research on Adolescence, 16*(2), 293-320.
- Wayman, J. C. (2003) *Multiple imputation for missing data: What is it and how can I use it?* Communication présentée dans le cadre du 2003 Annual Meeting of the American Educational Research Association, Chicago, IL.
- Youniss, J., & Smollar, J. (1985). *Adolescent relations with mother, father and friends*. Chicago: University of Chicago Press.
- Zimmerman, P. (2000). L'attachement à l'adolescence. In G. M. Tarabulsy, S. Larose, D. R. Pederson, & G. Moran (Éds), *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 181-204). Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.

RÉSUMÉ

L'objectif préliminaire de cette étude longitudinale est d'examiner la stabilité de l'attachement aux amis chez des adolescents suivis annuellement durant trois ans (N = 787). Les résultats indiquent une augmentation moyenne de l'attachement aux amis. L'objectif principal est ensuite de vérifier la présence de liens prédictifs entre l'attachement aux amis et la détresse psychologique au cours de l'adolescence. Les régressions hiérarchiques indiquent qu'au cours des trois temps de mesure, une diminution du niveau d'attachement aux amis prédit une augmentation du niveau de détresse psychologique chez les adolescents.

MOTS CLÉS

attachement aux amis, détresse psychologique, adolescence, étude longitudinale

ABSTRACT

The preliminary objective of this longitudinal study is to evaluate the stability of attachment to friends in adolescents seen annually for three years (N = 787). Results show a mean level increase of attachment to friends. The main objective is then to confirm the existence of a predictive link between attachment to friends and psychological distress during adolescence. Over the three measurement times, results of hierarchical regressions indicate that a decrease in the level of attachment to friends predicts an increase of psychological distress in adolescents.

KEYWORDS

attachment with friends, psychological distress, adolescence, longitudinal study

LES FACTEURS PRÉDICTEURS DE L'ÉMERGENCE DU TROUBLE DÉPRESSIF PENDANT LA TRANSITION PRIMAIRE-SECONDAIRE

PREDICTIVE FACTORS OF DEPRESSIVE DISORDER ONSET DURING HIGH SCHOOL TRANSITION

Diane Marcotte¹

Université du Québec à Montréal

De nombreuses études ont mis en lumière l'augmentation marquée de la dépression entre l'enfance et l'adolescence. Quelques facteurs ont été invoqués pour expliquer ce phénomène, dont l'émergence de la puberté et d'une image corporelle négative, particulièrement chez les filles, le développement de schèmes cognitifs dysfonctionnels ainsi que les stress propres à l'adolescence tels que le passage de l'école primaire à l'école secondaire. Dans cet article, nous présentons les résultats d'une étude réalisée auprès d'adolescents que nous avons suivis pendant cette transition. Nous avons exploré un vaste ensemble de dimensions tant personnelles, familiales, sociales que scolaires afin d'identifier celles qui étaient associées à l'émergence du trouble dépressif. Également, nous avons voulu identifier quels sont les facteurs scolaires qui influencent cette émergence lorsque des facteurs de risque personnels, familiaux et sociaux sont présents avant la transition.

La dépression chez les adolescents

La dépression est l'un des troubles les plus fréquemment rencontrés par les psychologues scolaires. Elle touche 16 % des adolescents du secondaire qui en présentent des symptômes, ces derniers étant fortement prédictifs de l'émergence du trouble dépressif. Chez les garçons, les taux oscillent autour de 10 % alors que chez les filles, ils peuvent atteindre jusqu'à 25 % dans certains milieux (Marcotte, Lévesque, & Fortin, 2006). La durée d'un épisode dépressif est estimée à environ 7 à 9 mois (Birmaher, Ryan, Williamson, Breant, & Kaufman, 1996). Moins de 25 % des élèves dépressifs bénéficient d'une intervention, alors que le risque de rechute dans un intervalle de cinq ans est estimé à 72 %. Une augmentation dramatique des symptômes dépressifs se produit de l'enfance à l'adolescence chez les deux genres (Radloff, 1991). De plus, les filles deviennent plus dépressives que les garçons (ratio 2 :1 à 4 :1).

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (Qc), H3C 3P8. Téléphone : (514) 987-3000. Télécopieur : (514) 987-7953. Courriel : Marcotte.diane@uqam.ca
Cette étude a été réalisée grâce aux subventions du Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec (93894) et du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (410-2003-699). Un remerciement particulier aux élèves et aux personnels des écoles ayant participé à l'étude.

À l'école, les jeunes dépressifs sont très souvent ignorés. D'une part, ils sont peu dérangeants en comparaison des jeunes présentant des troubles extériorisés et, d'autre part, les enseignants sont peu outillés pour reconnaître les signes de la dépression chez les jeunes. Pourtant, la présence d'un faible rendement scolaire chez les jeunes dépressifs a été rapportée par certains auteurs tout comme la présence de dépression chez les jeunes en troubles d'apprentissage (Evans, Van Velsor, & Schumacher, 2002). Les jeunes dépressifs se disent aussi moins satisfaits de leur rendement. Dans l'une de nos études longitudinales, (Fortin, Royer, Potvin, Marcotte, & Yergeau, 2004), la dépression a été identifiée comme la première variable prédisant l'appartenance au groupe d'élèves à risque d'abandon scolaire en première année du secondaire.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS

Dans cette partie, nous présentons une revue des études portant sur les facteurs personnels, familiaux, sociaux et scolaires associés à la dépression chez les adolescents. De même, le modèle cognitif de la dépression ainsi que l'influence de la transition primaire-secondaire sont abordés.

Facteurs personnels et modèle cognitif de la dépression

La prémisse de base de l'approche cognitive établit que les émotions et les comportements d'un individu sont déterminés par la façon dont il interprète les événements. Parmi les modèles explicatifs contemporains de la dépression, le modèle cognitif est celui qui est le mieux soutenu par la recherche empirique et qui s'est avéré le modèle d'intervention le plus efficace depuis plus de 30 ans (Haaga, Dyck, & Ernst, 1991), et ce, particulièrement lors d'une utilisation auprès des enfants et des adolescents de milieu scolaire (Platts & Williamson, 2000). Le rôle médiateur des cognitions est reconnu comme un facteur incontournable influençant l'effet des facteurs de risque sur le développement de la dépression. Les résultats des études empiriques confirment que les jeunes dépressifs sont très préoccupés par la crainte du rejet dans leurs relations interpersonnelles et par leur définition de soi, ce qui s'exprime par une critique de soi sévère et un faible sentiment d'efficacité (Kuperminc, Leadbeater, & Blatt, 2001). Ainsi, ils tendent à utiliser fréquemment des distorsions cognitives quant à leur perception d'eux-mêmes et de l'avenir, de même que des attitudes dysfonctionnelles devant la réussite et démontrent une faible tolérance à la frustration (Marcotte et al., 2006). D'autre part, Kuperminc et ses collaborateurs (2001) soulignent le besoin de mieux préciser lesquels parmi les événements stressants propres à l'adolescence risquent d'activer les schèmes cognitifs dysfonctionnels chez les individus vulnérables pour produire la dépression. Nous savons, par

exemple, qu'une perception positive du climat de l'école modère les effets négatifs de l'auto-critique et du sentiment d'incompétence dans les problèmes intériorisés. Le développement des distorsions cognitives pendant le passage de l'enfance à l'adolescence, de même que pendant la transition primaire-secondaire, demeure cependant très peu exploré.

Facteurs familiaux

Les facteurs familiaux sont fortement associés à la dépression chez les enfants et les adolescents (Giguère, Marcotte, Fortin, & Royer, 2002; Hammen, 1991). La prévalence de troubles affectifs est environ quatre fois plus élevée chez les enfants de parents dépressifs comparativement aux enfants de parents non dépressifs. L'environnement familial des jeunes dépressifs se caractérise par de pauvres pratiques parentales, par la mésentente familiale et conjugale, par le divorce et l'abus. Le manque de cohésion familiale est souligné par plusieurs auteurs dont Cole et McPherson (1993). Le manque de soutien et d'engagement parental est également rapporté (McFarlane, Bellissimo, & Norman, 1995), de même que la difficulté à résoudre les conflits entre les membres de la famille. Cependant, cette relation famille-école a le plus souvent été investiguée en lien avec les troubles du comportement et rarement en lien avec la dépression. De plus, nous ne connaissons pas les dimensions spécifiques par lesquelles le vécu familial des adolescents dépressifs affecte leur adaptation scolaire, ni les facteurs scolaires qui peuvent réduire les effets négatifs de la dysfonction familiale, ce qui sera exploré dans cette étude. Enfin, les jeunes dont les parents se sont séparés pendant la transition vers le secondaire seraient particulièrement à risque d'échec scolaire et de dépression (Zubernis, Wright-Cassidy, Gillham, Reivich & Jaycox, 1999).

Facteurs associés au réseau social

Les jeunes dépressifs rapportent davantage d'isolement social que les jeunes non dépressifs et un manque de soutien de la part de leurs amis (Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen, & Laippala, 2001). Ils sont également moins populaires à l'école. La présence chez ces jeunes d'un manque d'habiletés sociales et d'habiletés de résolution de problèmes interpersonnels a été suggérée par des auteurs (Cole, 1990, Marcotte, Alain, & Gosselin, 1999). Il a été proposé que la présence d'un épisode de dépression pendant l'enfance ou l'adolescence viendrait hypothéquer l'acquisition de telles habiletés, cette lacune devenant à son tour un facteur de risque pour des épisodes subséquents de dépression. Par ailleurs, il est difficile de distinguer quelle serait la contribution de la présence concomitante de difficultés de comportement aux difficultés sociales des jeunes dépressifs, cette concomitance n'étant que peu souvent contrôlée dans les études.

Facteurs associés à l'école et influence
de la transition primaire-secondaire

Les jeunes dépressifs sont moins motivés, se sentent plus incompetents et s'absentent davantage de l'école que les jeunes non dépressifs (Mullins, Chard, Hartman, Bowlby, Rich, & Burke, 1995). Les élèves dépressifs rapportent un manque de soutien de leurs enseignants (Cheung, 1995). Par ailleurs, la présence de symptômes dépressifs est effectivement associée à une réponse sociale négative de la part des enseignants. Plus les symptômes dépressifs augmentent, plus le rejet augmente et plus l'attrait interpersonnel diminue de la part des enseignants (Pace, Mullins, Beesley, Hill, & Carson, 1999). Ces études souffrent cependant de limites méthodologiques importantes. En plus du manque de contrôle de la présence de troubles extériorisés concomitants, les analyses statistiques se limitent très souvent à des analyses corrélationnelles sans examiner les sous-groupes de jeunes répondant aux critères cliniques de la dépression. Le climat social de l'école, défini comme la qualité et la fréquence des interactions entre les adultes et les élèves, influence également la présence de symptômes dépressifs chez les élèves (Kuperminc et al., 2001). Le phénomène de l'intimidation par les pairs ressort comme une forme de violence affectant jusqu'à 20 % des élèves (Roland, 2002). Nous savons que les enfants rejetés à l'école ont plus de symptômes dépressifs, mais nous connaissons encore très peu l'impact de l'intimidation sur la dépression des jeunes. Le fait d'être victime d'intimidation serait associé à la dépression, de même qu'au risque de suicide (Salmon, James, & Smith, 1996).

La synchronie entre l'arrivée de la puberté, qui se produit deux ans plus tôt chez les filles, et la transition primaire-secondaire serait aussi un facteur associé à l'émergence de taux élevés de dépression chez les filles (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994; Petersen, Sarigiani, & Kennedy, 1991). Cette perspective s'accorde avec les études démontrant que le cumul de transitions développementales normatives est plus stressant que de vivre les transitions une à la fois (Coleman, 1989; Simmons, Blyth, Van Cleave, & Bush, 1979). Les résultats de nos études confirment que l'image corporelle, l'estime de soi et les événements de vie stressants agissent comme des variables médiatrices dans la relation entre le genre et la dépression, de même qu'entre la maturation pubertaire et la dépression chez les élèves vivant la transition primaire-secondaire (Marcotte, Fortin, Potvin et Papillon, 2002). Cependant, nous ne savons pas quels sont les facteurs scolaires qui agissent en interaction avec les facteurs personnels, sociaux et familiaux.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le premier objectif de cette étude vise à décrire la trajectoire de la prévalence des symptômes de la dépression pendant la transition primaire-secondaire, la présence de ces derniers étant fortement prédictrice de l'émergence du trouble dépressif. Le deuxième objectif vise à identifier, pour chaque sexe, les facteurs personnels, sociaux, familiaux et scolaires en 6^e année, 1^{ère} et 2^e secondaire qui distinguent les adolescents qui sont devenus dépressifs en 2^e secondaire, c'est-à-dire qui présentent un trouble dépressif. Le troisième objectif est de déterminer les facteurs scolaires qui agissent comme médiateurs dans la prédiction du trouble dépressif par les facteurs personnels, sociaux et familiaux pendant cette transition.

MÉTHODE

Participants

Un échantillon populationnel initial de 499 élèves (260 garçons et 239 filles) a participé à cette étude. Un taux de participation de 77 % a été obtenu au temps 1 de l'étude. Au temps 3, un faible taux d'attrition global de 1,4 % est enregistré. Les participants proviennent de deux commissions scolaires des rives sud de Trois-Rivières et de Montréal. Ils sont issus de familles de niveau socio-économique moyen-élevé. Une procédure d'élaboration progressive de l'échantillon dépressif, décrite ci-dessous, a été utilisée menant à un échantillon final au temps 3 de 239 participants (127 garçons et 112 filles), comprenant les adolescents présentant un trouble dépressif au temps 3 ainsi qu'un groupe témoin non dépressif.

Procédures

Un formulaire de consentement a été complété par les parents. Les mesures ont été complétées chaque automne dans les classes régulières pour une durée de 45 minutes. Au printemps, les enseignants ont été invités à compléter un questionnaire. Les participants qui présentaient des symptômes dépressifs à chacun des temps de l'étude (score de 15 et plus à l'*Inventaire de dépression de Beck-II*) étaient invités à la passation de l'entrevue informatisée *Dominique Interactif Adolescent*. L'échantillon a été ainsi constitué de façon progressive, si bien que le nombre de jeunes dépressifs a augmenté à chaque temps de l'étude.

Instruments de mesure

Symptômes dépressifs

Le dépistage des adolescents présentant des symptômes dépressifs a été réalisé par l'*Inventaire de dépression de Beck-II* (IDB-II; Beck, Steer, & Brown, 1996, 1998). Cet instrument comporte 21 énoncés mesurant la

sévérité et la variation des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. Le participant doit choisir l'énoncé qui correspond le plus à son état actuel parmi quatre choix.

Trouble dépressif

La présence de troubles dépressifs (dépression majeure ou dysthymie) a été évaluée à l'aide du *Dominique Adolescent* (Valla, 2000). Il s'agit d'une bande dessinée interactive et multimédia servant à évaluer, à l'aide d'images et de questions transmises par système vocal, sept troubles de la santé mentale chez les jeunes. Cet instrument ne permet pas le diagnostic formel des troubles de santé mentale, mais s'en approche de très près, plus que les autres instruments, puisque l'évaluation respecte très étroitement les critères du DSM-IV (APA, 1994). L'adolescent doit répondre par oui ou non selon qu'il agit ou pense comme Dominique, un adolescent placé dans diverses situations. La sous-échelle dépression comporte 19 questions se rapportant aux critères du DSM-IV. Un score de neuf a été utilisé pour identifier le groupe de jeunes dépressifs. Ce critère respecte ceux retenus par les auteurs du *Dominique Adolescent* et a été discuté explicitement avec ces derniers afin de se rapprocher le plus possible de la sélection de sous-échantillons représentatifs de la prévalence des troubles de santé mentale dans la population adolescente. Au cours des quinze dernières années, plusieurs études ont vérifié les qualités psychométriques des versions papier et informatisée du *Dominique Interactif Adolescent* (Smolla, Valla, Bergeron, Berthiaume et St-Georges, 2004).

Variables personnelles, familiales et sociales

Les distorsions cognitives ont été évaluées à l'aide de deux questionnaires auto-évaluatifs. L'*Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (DAS : Dysfunctional Attitude Scale; Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam, & Beck, 1994; Weissman & Beck, 1978; version courte validée par Marcotte, Marcotte, & Bouffard, 2002) permet de mesurer les distorsions cognitives en relation avec les troubles intériorisés. Cet instrument contient 24 énoncés répartis en trois sous-échelles (réussite, dépendance et autocontrôle). La version française du *How I Think Questionnaire* abrégé à 16 questions (HIT; Gibbs, Barriga, & Potter, 2001; traduction par Marcotte, en préparation) a permis d'identifier les distorsions cognitives et les référents comportementaux en lien avec les troubles extériorisés. Quatre catégories de distorsions cognitives ont été mesurées (la minimisation, la pensée centrée sur soi, blâmer les autres et présumer le pire) en lien avec quatre catégories de référents comportementaux (mensonge, opposition/méfiance, vol, agression physique). Une mesure de la fréquence des événements de vie stressants (*Life Events Questionnaire* de Newcomb, Huba, & Bentler, 1981, 39 items; Baron, Joubert, & Mercier,

1991) a été administrée. L'attitude envers les enseignants et envers l'école (19 items) a été mesurée à l'aide de deux sous-échelles du *BASC* (*Behavior Assessment System for Children*, Reynolds & Kamphaus, 1998; traduction par Marcotte & Leclerc, en préparation). L'image corporelle et la maturation pubertaire ont été évaluées à l'aide du *Self Perception Profile for Adolescent* (Profil des perceptions de soi à l'adolescence : Bouffard, Seidah, McIntyre, Boivin, Vezeau, & Cantin, 2002; Harter, 1988) et de *l'Échelle du développement pubertaire* (*Self-report measure of pubertal status*, Petersen, Crockett, Richards, & Boxer, 1988; version française de Verlaan, Cantin, & Boivin, 2001). Les variables familiales mesurées l'ont été à partir du *Questionnaire de l'environnement familial* (*Family Environment Scale* de Moos & Moos, 1981; 45 items; version française de l'Équipe de recherche en intervention psycho-éducative de l'UQTR, 1989) comprenant cinq sous-échelles : cohésion, expression des sentiments, conflits, organisation et contrôle. Des mesures additionnelles ont été élaborées afin de permettre l'évaluation de la présence de dépression chez les parents dans la dernière année et « au cours de leur vie » ainsi que le niveau de scolarité des parents et le nombre d'enfants dans la famille. Finalement, parmi les variables sociales, la perception du soutien des amis, la fréquence des délits et la consommation de drogues, ainsi que l'agression/victimisation ont été mesurées par le *Questionnaire du soutien social perçu* (*Perceived Social Support-Friends Questionnaire*; Procidano & Heller, 1983; 20 items; traduction par Marcotte & Sicotte, 1995, non publiée), le *Questionnaire d'intimidation de Olweus* (*Olweus bully/victim Questionnaire*; Olweus, 1994; 12 items) et le *Questionnaire de délinquance auto-révélee* (LeBlanc, 1994; 26 items).

Variables scolaires

Les variables scolaires ont été évaluées à l'aide de *L'Échelle de l'environnement de la classe* (Moos & Trickett, 1987; 36 items; version française de Tremblay & Desmarais-Gervais, 1979) comprenant neuf sous-échelles mesurant l'engagement, l'affiliation, le soutien de l'enseignant, l'orientation vers la tâche, la compétition, l'ordre et l'organisation, la clarté des règles, le contrôle de l'enseignant et l'innovation. Quatre sous-échelles n'ont pas atteint le seuil d'acceptabilité pour la consistance interne aux temps 2 et 3 de l'étude, soit l'innovation, l'orientation, la compétition et la clarté des règlements possiblement en raison du petit nombre d'items les constituant ($n = 4$). La perception de l'enseignant a été évaluée à partir de la version enseignant du *BASC*. Les échelles mesurant le trouble des conduites, l'hyperactivité, l'agressivité, les problèmes d'attention, les problèmes d'apprentissage, le retrait social, le leadership, les habiletés d'études et les habiletés sociales ont été utilisées.

Les coefficients de consistance interne ont été calculés dans la présente étude et ont été jugés satisfaisants.

RÉSULTATS

Les trajectoires de la fréquence des symptômes dépressifs pendant la transition primaire-secondaire pour chaque sexe ont été examinées à l'aide d'analyses de migrations croisées. Ensuite, les variables prédictrices de l'émergence du trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire ainsi que le rôle médiateur des facteurs scolaires sur cette relation ont été évalués par des analyses de régression logistiques.

Trajectoire des symptômes dépressifs

Le premier objectif de cette étude vise à décrire la trajectoire développementale de la prévalence des symptômes dépressifs comme un indicateur de risque du trouble dépressif, à partir de la 6^e année jusqu'en 2^e secondaire. Nous avons examiné le cheminement des garçons et des filles selon la présence de symptômes de dépression au fil des trois années de l'étude à partir d'analyses de migrations croisées. Le calcul des fréquences du risque de dépression permet de constater qu'une augmentation des symptômes de dépression est présente de façon marquée du temps 2 au temps 3 de l'étude, donc de la 1^{ère} à la 2^e année du secondaire. En effet, alors que des fréquences de 8,3 % et de 9,1 % sont décelées en 6^e année et en 1^{ère} secondaire, c'est 14,5 % des adolescents de 2^e secondaire qui présentent des symptômes de dépression.

Lorsque les garçons et les filles sont comparés, on observe une augmentation importante de la fréquence des symptômes de dépression chez les filles, soit de 11,5 % à 22,1 %, de la 1^{ère} année à la 2^e année du secondaire, la fréquence observée chez ces dernières étant de 9,7 % en 6^e année. Chez les garçons, les fréquences observées sont de 7 %, 7 % et 7,8 % respectivement aux trois temps de l'étude. Les analyses permettent de confirmer une augmentation significative de la fréquence des symptômes de dépression chez les filles entre les temps 2 et 3 de l'étude. Le Tableau 1 présente les fréquences chez les garçons et les filles qui ont vécu un changement, c'est-à-dire qui ont développé des symptômes, en comparaison de ceux et celles qui sont demeurés stables avec ou sans symptômes entre les différents temps de l'étude. Les résultats des tests de McNemar confirment qu'une augmentation marquée du nombre d'adolescentes « nouvellement dépressives », soit 22 %, est présente du temps 2 au temps 3 de l'étude ($X^2 = 71$; $p < .02$ pour les filles). Cette augmentation n'est pas décelée chez les garçons. Aucune augmentation significative n'est décelée non plus entre les temps 1 et 2 et entre les temps 1 et 3, ni pour les garçons, ni pour les filles.

Tableau 1
Trajectoire de la prévalence du risque de dépression
entre les trois temps de l'étude chez les garçons et les filles

	Changement entre les temps 1 et 2			
	Garçons		Filles	
	Non déprimés- T2 (%)	Déprimés- T2 (%)	Non déprimées- T2 (%)	Déprimées- T2 (%)
Non déprimés-T1	94,6	5,4	95,3	4,7
Déprimés-T1	66,7	33,3	54,5	45,5
	Changement entre les temps 2 et 3			
	Garçons		Filles	
	Non déprimés- T3(%)	Déprimés- T3 (%)	Non déprimées- T3 (%)	Déprimées- T3 (%)
Non déprimés-T2	92,8	7,2	78,0	22,0
Déprimés-T2	60,0	40,0	25,0	75,0
	Changement entre les temps 1 et 3			
	Garçons		Filles	
	Non déprimés- T3 (%)	Déprimés- T3 (%)	Non déprimées- T3 (%)	Déprimées- T3 (%)
Non déprimés-T1	91,9	8,1	77,2	22,8
Déprimés-T1	83,3	16,7	50,0	50,0

Par ailleurs, on peut également constater que seulement 25 % des filles qui présentaient des symptômes au temps 2 sont en rémission au temps 3, alors que 75 % d'entre elles présentent toujours des symptômes. Chez les garçons, un nombre beaucoup plus élevé affiche un état de rémission, soit 60 % alors que 40 % demeurent avec des symptômes. Au temps 3, en comparaison au temps 1, 50 % des filles qui présentaient des symptômes de dépression sont demeurées symptomatiques alors que l'autre 50 % présente un état de rémission. Chez les garçons, ce sont 83 % d'entre eux qui vivent une rémission de leurs symptômes dépressifs alors que seulement 16,7 % présentent toujours des symptômes dépressifs.

Trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire

Prédicteurs de l'émergence du trouble dépressif à la suite de la transition primaire-secondaire

Des analyses de régression logistiques ont été réalisées afin d'identifier les facteurs des temps 1, 2 et 3 qui permettent le mieux de prédire l'appartenance au groupe dépressif au temps 3. La présence de symptômes dépressifs, mesurés par l'IDB-II au temps 1, a été contrôlée dans ces analyses. Chez les garçons, les conflits familiaux au temps 2 ainsi que l'attitude négative envers l'enseignant au temps 3 prédisent la présence du trouble dépressif au temps 3 (Tableau 2). À chaque augmentation d'une unité du score de conflits familiaux est associée une augmentation de 1.097 fois du score de dépression. De même, à chaque augmentation d'une unité du score d'attitude négative envers l'enseignant au temps 3 est associée une augmentation de 1.439 fois du score de dépression.

Chez les filles, ces analyses confirment le rôle prédictif du stress au temps 3 dans la prédiction de l'émergence de dépression au temps 3. Cette analyse révèle également qu'un score composite représentant la perception de l'enseignant au temps 3, composée des sous-échelles hyperactivité, agressivité et difficultés d'apprentissage du *BASC-T*, prédit significativement l'émergence de dépression après la transition primaire-secondaire. L'émergence de la dépression chez les filles est prédite par une perception que l'on pourrait qualifier de « sous-réactivité » de la part de l'enseignant. En effet, l'examen des moyennes permet de constater que les adolescentes dépressives en 2^e secondaire sont perçues par les enseignants comme présentant un taux plus faible de difficultés d'apprentissage et de comportement (agressivité et hyperactivité) que celui observé chez les adolescentes non dépressives. À l'opposé et de façon surprenante, lorsque les moyennes obtenues aux différents temps de mesure sont examinées, on constate que ces mêmes adolescentes étaient

Tableau 2

Analyse de régression logistique binaire appliquée aux variables personnelles, familiales, sociales et scolaires des trois temps de l'étude chez les garçons dépressifs / non dépressifs au temps 3 de l'étude

Variabes	Beta	S.E.	Wald	DI	P	Exp (B)
Conflits familiaux T2	.093	.030	9.512	1	.002	1.097
Attitude négative envers l'enseignant T3	.364	.146	6.197	1	.013	1.439
Constante	-8.938	1.900	22.142	1	.000	.000

perçues par les enseignants du primaire comme présentant plus de troubles extériorisés (agressivité et trouble du comportement) en comparaison des filles qui ne sont pas devenues dépressives (Figure 1). On constate également que la présence de symptômes dépressifs en 6^e année prédit aussi la présence d'un épisode dépressif en 2^e secondaire. Ainsi, chez les filles devenues dépressives au temps 3, des symptômes dépressifs étaient déjà présents avant même la transition vers le secondaire. Ces résultats sont résumés au Tableau 3. Il est à noter que le statut pubertaire, de même que l'image corporelle ne ressortent pas comme des prédicteurs significatifs de l'émergence de la dépression. Cependant, les analyses préliminaires que nous ne rapportons pas ici, faute d'espace, révélaient la présence d'une image corporelle plus négative aux trois temps de l'étude chez les filles devenues dépressives au temps 3.

Rôle médiateur des facteurs scolaires

Afin de répondre au 3^e objectif de cette étude, nous avons analysé le rôle médiateur des variables scolaires au temps 3 dans la prédiction de l'appartenance au groupe dépressif également au temps 3. Les variables dépendantes prédictrices utilisées sont les variables personnelles,

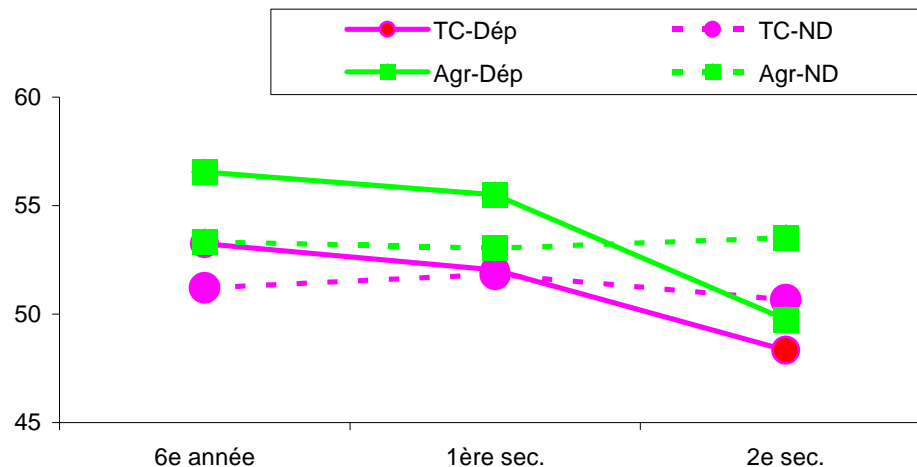


Figure 1. Moyennes obtenues par les groupes de filles non dépressives et devenues dépressives pour les mesures de perception de l'agressivité et des troubles des conduites aux trois temps de l'étude.

Tableau 3

Analyse de régression logistique binaire appliquée aux variables personnelles, familiales, sociales et scolaires des trois temps de l'étude chez les filles dépressives / non dépressives au temps 3 de l'étude

Variabiles	Beta	S.E.	Wald	df	P	Exp (B)
Score dépression IDB-II -T1	.105	.040	6.808	1	.009	1.111
Perception négative de l'enseignant T3	-1.110	.425	6.832	1	.009	.330
Stress T3	.261	.067	15.081	1	.000	1.298
Constante	-4.924	.954	26.623	1	.000	.007

familiales et sociales aux temps 1 et 2 alternativement. Seuls les modèles répondant aux postulats de l'analyse de médiation selon Baron et Kenny (1986) ont été testés. Chez les garçons, les résultats révèlent une légère tendance à la médiation de la perception de l'environnement de classe au temps 3 sur la relation entre les conflits familiaux au temps 1 et le trouble dépressif au temps 3 (Figure 2). Cet effet de médiation de la perception du climat de la classe (temps 3) apparaît aussi présent dans la relation entre les croyances irrationnelles extériorisées (temps 2) et la dépression (temps 3) (Figure 2). Ainsi, la perception qu'il entretient du climat de sa classe (modèle A) peut atténuer chez l'adolescent la probabilité que la présence de conflits familiaux prédise l'émergence du trouble dépressif en 2^e secondaire (modèle B).

Chez les filles, quatre modèles ont été testés. Aucun effet médiateur n'a été décelé par les analyses. Cependant, un phénomène intéressant est constaté. Tant dans les modèles testés entre T1 et T3 (Figure 3) qu'entre T2 et T3, on observe la présence d'effets supprimeurs des variables médiatrices. En effet, au temps 3, la perception de l'enseignant de faibles comportements agressifs ou hyperactifs chez les adolescents vient masquer la relation entre le stress au temps 1 ou au temps 2 et la dépression au temps 3. Plus simplement, ces résultats suggèrent qu'il existe une relation entre l'émergence du trouble dépressif et le stress, et que cette relation est amplifiée plutôt que d'être atténuée lorsque la perception de l'enseignant est considérée. Les analyses des fréquences révèlent que l'écart entre les pourcentages d'adolescentes dépressives vivant peu ou beaucoup de stress (20 % et 47,1 % respectivement) s'élargit lorsque la perception des enseignants quant aux comportements

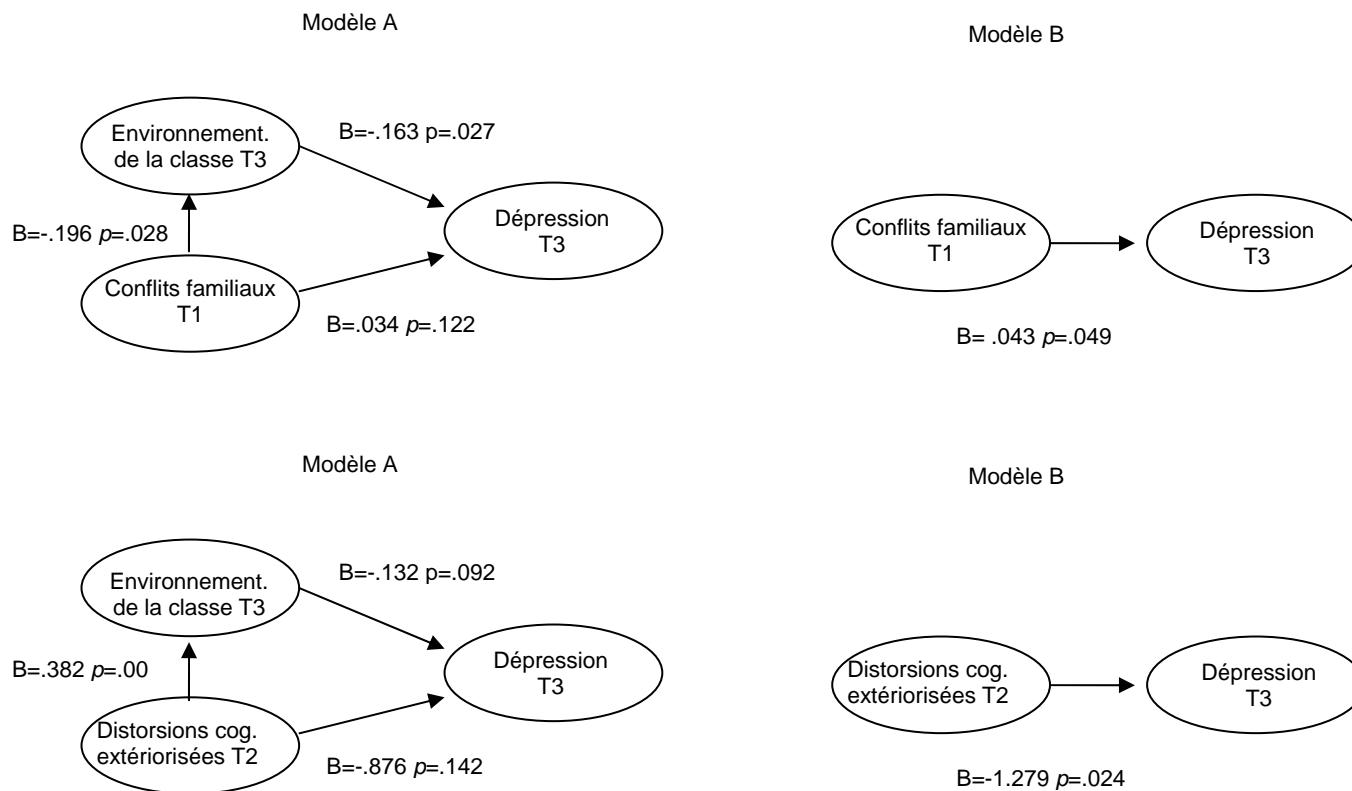


Figure 2. Modèles médiateurs des facteurs scolaires sur la prédiction de la dépression au temps 3 par les facteurs personnels et familiaux aux temps 1 et 2 chez les garçons.

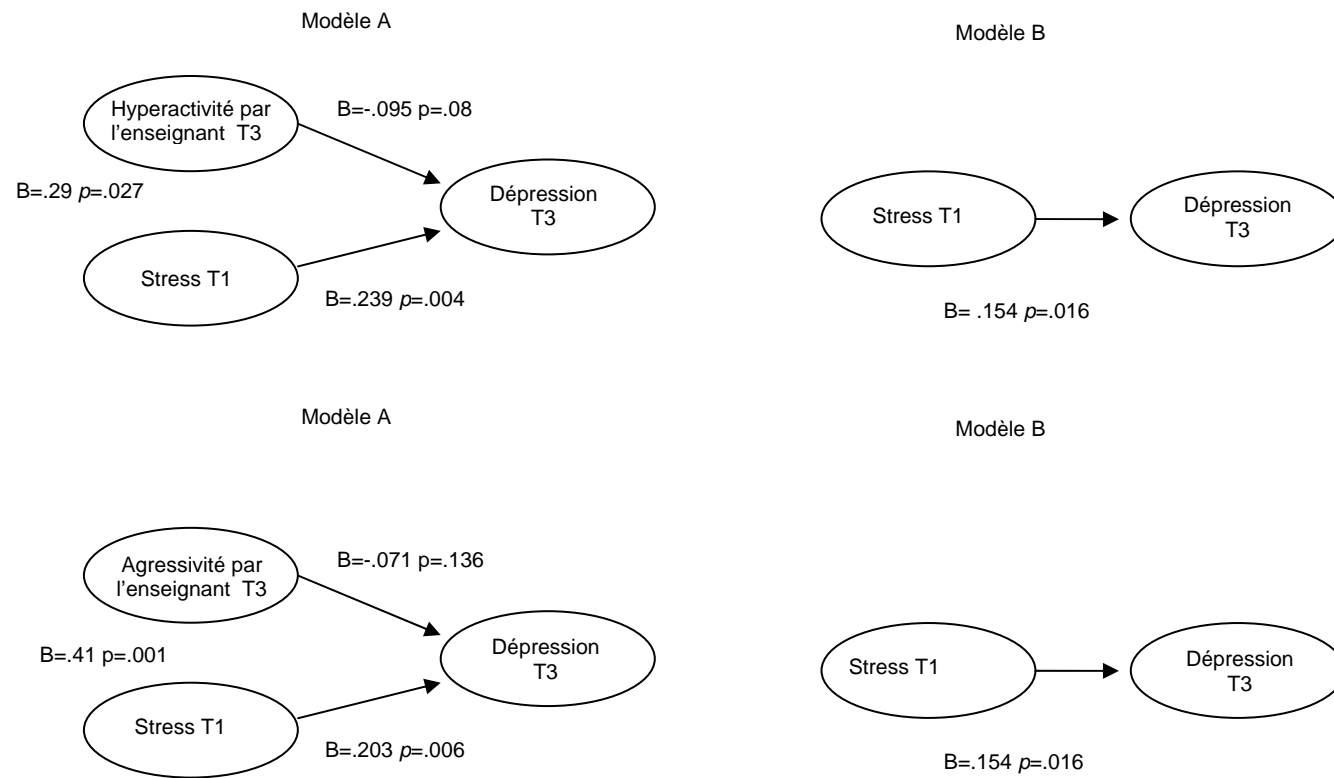


Figure 3. Modèles médiateurs des facteurs scolaires sur la prédiction de la dépression au temps 3 par les facteurs personnels et familiaux au temps 1 chez les filles.

d'hyperactivité est considérée. Ainsi, le pourcentage d'adolescentes dépressives passe de 50 % à 75 % chez les filles vivant beaucoup de stress selon qu'elles sont perçues respectivement comme davantage ou peu hyperactives respectivement. Des résultats comparables sont obtenus lors de l'analyse des fréquences d'adolescentes dépressives au temps 3 selon que les enseignants perçoivent ou non des comportements agressifs chez elles.

DISCUSSION

L'examen des trajectoires développementales des symptômes dépressifs chez les garçons et les filles permet de confirmer qu'une augmentation marquée des symptômes est présente pendant la transition de l'école primaire vers l'école secondaire chez les filles seulement. Ces résultats vont dans le même sens que ceux rapportés dans les études portant sur l'augmentation marquée de la dépression entre l'enfance et l'adolescence (Wichstrom, 1999). Ils s'accordent également avec l'hypothèse proposée par Nolen-Hoeksema et Girgus (1994) avançant que la synchronie entre l'arrivée de la puberté et la transition primaire-secondaire constitue un stress majeur associé à l'émergence de la dépression chez les filles. On constate cependant que cette augmentation marquée chez les filles n'apparaît pas immédiatement dans la première année suivant la transition mais plutôt en 2^e secondaire. Les résultats permettent également de constater que le taux de rémission du risque de dépression, évalué par la présence de symptômes, est beaucoup plus faible chez les filles en comparaison des garçons. Les filles qui affichaient un taux élevé de symptômes dépressifs en 1^{ère} secondaire sont très majoritairement demeurées dépressives en 2^e secondaire, alors que le phénomène inverse est présent chez les garçons. À cet égard, les résultats confirment aussi que la présence de symptômes dépressifs en 6^e année augmente la probabilité de la présence d'un trouble dépressif en 2^e secondaire chez les filles seulement.

Lorsque les données recueillies dans cette étude ont été analysées afin de hiérarchiser les facteurs prédicteurs de l'émergence du trouble dépressif à la suite de la transition du primaire vers l'école secondaire, les résultats ont démontré, chez les garçons devenus dépressifs en 2^e secondaire, que des modes de pensée associés aux troubles extériorisés ainsi que des conflits familiaux étaient présents dès la 6^e année. Une fois à l'école secondaire, c'est une attitude négative envers l'enseignant qui semble émerger. On constate cependant que ces croyances dysfonctionnelles adoptées par l'adolescent dépressif, notamment face au mensonge, ne se traduisent pas en une détérioration de la relation avec les enseignants puisqu'aucun indice de difficulté de fonctionnement n'est décelé par ces derniers. Il semble que les garçons dépressifs, malgré qu'ils expriment leur malaise par un inconfort dans la classe, ne traduisent

pas cet inconfort par des difficultés de comportement au début du secondaire. De ce fait, on peut penser que ces jeunes garçons dépressifs passent plutôt inaperçus aux yeux des enseignants. Pourtant, sur ce dernier aspect, les résultats des analyses de modèles de médiation suggèrent que le climat de la classe pourrait influencer la relation entre, d'une part, les distorsions cognitives et, d'autre part, les conflits familiaux, et l'émergence du trouble dépressif en 2^e secondaire. Ainsi, tel que rapporté par Kuperminc et al. (2001), un climat de classe positif pourrait avoir un effet protecteur pour les garçons vulnérables à la dépression en raison de conflits familiaux ou de style cognitif dysfonctionnel. Ces résultats méritent cependant d'être interprétés avec prudence étant donné le petit nombre de garçons dépressifs identifiés dans l'étude.

Les filles qui ont développé un trouble dépressif lors de la transition primaire-secondaire vivent, tout comme leurs pairs masculins, des difficultés familiales, car la majorité des événements stressants qu'elles rapportent sont associés à la sphère amoureuse ou familiale, tels que d'avoir été très amoureuse, d'avoir vécu un décès dans la famille, qu'un membre de la famille ait été victime d'un accident ou d'une maladie, que l'un des parents ait changé d'emploi ou que les parents se soient disputés très souvent. Chez ces dernières, la présence d'événements de vie stressants est rapportée dès la 6^e année, et ce, aussi à chacune des années subséquentes. De plus, les analyses préliminaires révélaient que les mères de ces jeunes filles avaient été plus nombreuses à rapporter avoir vécu un épisode dépressif récent ou au cours de leur vie.

Tout comme les garçons, les filles devenues dépressives expriment un malaise dans la classe à la suite de la transition vers l'école secondaire. À la différence des garçons cependant, il apparaît que les enseignants seraient en mesure de repérer certains indices comportementaux de difficultés d'adaptation chez ces dernières, et ce, dès la 6^e année alors que ces adolescentes sont déjà aux prises avec des symptômes dépressifs. Bien que les symptômes dépressifs ne semblent pas être détectés en tant que tels par les enseignants, tant du niveau primaire que du niveau secondaire, il appert que les enseignants du primaire identifient la présence de troubles du comportement extériorisés, notamment des comportements teintés d'agressivité, chez ces adolescentes. Une fois la transition vers l'école secondaire réalisée, c'est plutôt l'absence ou le faible taux d'agressivité et de comportements agités qui est remarqué par les enseignants. Ainsi, il semble que la dépression chez les adolescentes du début du secondaire soit associée à des comportements de « sous-réactivité » ou « d'hyperconformisme », du moins tels que perçus par l'enseignant. D'autre part, on pourrait également penser que les adolescentes vivant des situations de stress développent moins souvent un trouble dépressif lorsqu'elles présentent des comportements teintés

d'agressivité et d'hyperactivité en classe. En d'autres mots, l'effet du stress, notamment au plan familial, serait plus grand sur la dépression lorsque l'adolescente s'efforce de présenter peu de comportements dérangeants en classe.

Ces résultats s'accordent bien avec les symptômes associés à la dépression, notamment le ralentissement psychomoteur et le retrait social. Ils démontrent également que la perception de l'enseignant pourrait jouer un rôle important dans l'identification des jeunes filles dépressives puisque ces derniers arrivent à détecter chez elles des comportements différents de chez leurs pairs non dépressives, soit une attitude plus agressive et agitée au primaire et plus soumise et passive au secondaire. Il reste cependant que ces données doivent être vérifiées lors de nouvelles études portant sur cette période cruciale du développement que représente la transition vers l'école secondaire. Malgré le nombre considérable de participants dans l'échantillon initial de cette étude, il demeure que peu d'adolescents et d'adolescentes ont constitué les groupes devenus dépressifs, ceci en raison du choix d'une mesure restrictive visant à se rapprocher le mieux possible du trouble dépressif. Ce choix a permis d'explorer les facteurs prédictifs de la dépression chez un sous-échantillon clinique, mais impose une limite à la portée des résultats.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude ont permis de mettre en lumière la trajectoire des symptômes dépressifs en tant que facteurs de risque de l'émergence du trouble dépressif chez les filles et les garçons vivant la transition de l'école primaire vers l'école secondaire. Ils suggèrent que les adolescentes qui présentent des symptômes de dépression en 6^e année sont fortement à risque de développer un trouble dépressif lors de la transition vers le secondaire. Pour cette raison, elles devraient faire l'objet d'une intervention préventive. De plus, la présence de difficultés familiales apparaît constituer un facteur de risque important dès la 6^e année. Une fois la transition vers l'école secondaire réalisée, tant les garçons que les filles expriment un malaise par rapport au climat de la classe. Cependant, ce malaise pourrait passer inaperçu chez les garçons alors qu'il peut être décelé dans les comportements agités ou agressifs chez les filles dépressives du primaire et, à l'opposé, par un faible taux de tels comportements chez ces dernières au secondaire.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : Auteur.
- Baron, P., Joubert, N., & Mercier, P. (1991). Situations stressantes et symptomatologie dépressive chez les adolescents. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 41, 173-179.

Trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire

- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1998). *IDB-II. Inventaire de Dépression de Beck*. Paris : Les Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *The Beck Depression Inventory Manual (2nd ed.)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Breant, D. A., & Kaufman, J. (1996). Childhood and adolescent depression : A review of the past 10 years. Part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1575-1583.
- Bouffard, T., Seidah, A., McIntyre, M., Boivin, M., Vezeau, C., & Cantin, S. (2002). Mesure de l'estime de soi à l'adolescence : Version canadienne française du Self-Perception Profile for Adolescents de Harter. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 34, 158-162.
- Cheung, S. K. (1995). Life events, classroom environment, achievement expectation, and depression among early adolescents. *Social Behavior and Personality*, 23(1), 83-92.
- Cole, D. A. (1990). Relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 422-429.
- Cole, D. A., & McPherson, A. E. (1993). Relation of family subtypes to adolescent depression : Implementing a new family assessment strategy. *Journal of Family Psychology*, 7, 119-133.
- Coleman, J. C. (1989). The focal theory of adolescence: A psychological perspective. In K. Hurrelman & U. Engel (Eds.), *The social world of adolescents: International perspectives* (p. 43-56). New York: Aldine de Gruyter.
- Evans, J. R., Van Velsor, P., & Schumacher, J. E. (2002). Addressing adolescent depression : A role for school counselors. *ASCA –Professional School Counseling*, 5, 211-219.
- Fortin, L., Royer, E., Potvin, P., Marcotte, D., & Yergeau, É. (2004). La prédiction du risque de décrochage scolaire au secondaire : facteurs personnels, familiaux et scolaires. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 36, 219-231.
- Gibbs, J. C., Barriga, A. Q., & Potter, G. B. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire*. Champaign (IL) : Research Press.
- Giguère, J., Marcotte, D., Fortin, L., & Royer, E. (2002). Le style parental et les différences liées au genre chez les adolescents dépressifs, à troubles extériorisés et délinquants. *Revue québécoise de psychologie*, 23(1), 1-23.
- Haaga, D. A. F., Dyck, M. J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215-236.
- Hammen, C. L. (1991). *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York: Springer-Verlag.
- Harter, S. (1988). *Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents*. Denver CO, University of Denver Press.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (2001). Adolescent depression. The role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders*, 64, 155-166.
- Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J., & Blatt, S. J. (2001). School social climate and individual differences in vulnerability to psychopathology among middle school students. *Journal of School Psychology*, 39, 141-159.
- LeBlanc, M. (1994). *MASPAQ, Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*, GRIP, École de Psycho-éducation, Université de Montréal, Avril.
- Marcotte, D., Alain, M., & Gosselin, M. J. (1999). Gender differences in adolescent depression: Gender-typed characteristics or problem-solving skills deficits? *Sex Roles*, 41, 31-47.
- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., & Papillon, M. (2002). The mediating role of gender-typed characteristics, pubertal status, self-esteem, body image and stressful life events in the emergence of gender differences in depression during adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 29-42.

- Marcotte, D., Lévesque, N., & Fortin, L. (2006). Variations of Cognitive Distortions and School Performance in Depressed and Non-Depressed High School Adolescents: A Two-Year Longitudinal Study. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 211-225.
- Marcotte, G., Marcotte, D., & Bouffard, T. (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitudes on depression and delinquency in an adolescent population. *European Journal of Psychology of Education, 17*, 363-376.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). Family structure, family functioning and adolescent well-being : The transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied disciplines, 36*, 847-864.
- Moos, R. H., & Moos, B. A. (1981). *Manual for the Family Environment Scale*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Moos, R. H. & Trickett, E. J. (1987). *Classroom Environment Scale Manual* (2nd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Mullins, L. L., Chard, S. R., Hartman, V. L., Bowlby, D., Rich, L., & Burke, C. (1995). The relationship between depressive symptomatology in school children and the social responses of teachers. *Journal of Clinical Child Psychology, 24*, 474-482.
- Newcomb, M. D., Huba, G. J., & Bentler, P. M. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 400-415.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school : basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 1171-1190.
- Pace, T. M., Mullins, L. L., Beesley, D., Hill, J. S., & Carson, K. (1999). The relationship between children's emotional and behavioral problems and the social responses of elementary school teachers. *Contemporary Educational Psychology, 24*, 140-155.
- Petersen, A. C., Crockett, L., Richards, M., & Boxer, A. (1988). A self-report measure of pubertal status: Reliability, validity, and initial norms. *Journal of Youth and Adolescence, 17*, 117-133.
- Petersen, A. C., Sarigiani, P., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more girls? *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 247-271.
- Platts, J., & Williamson, Y. (2000). The use of cognitive-behavioural therapy for counseling in schools. In N. Barwick (Ed.), *Clinical counseling in schools* (p. 96-107). Philadelphia : Taylor & Francis.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality, 28*, 263-276.
- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*, 1-24.
- Radloff, L. S. (1991). The use of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale in adolescents and young adults (Special issue : The emergence of depressive symptoms during adolescence). *Journal of Youth and Adolescence, 20*, 149-166.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1998). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Roland, E. (2002). Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. *Educational Research, 44*, 55-67.
- Salmon, G., James, A., & Smith, D. M. (1996). Bullying in schools : self reported anxiety, depression and self esteem in secondary school children. *British Medical Journal, 317*, 924-925.
- Simmons, R. G., Blyth, D., Van Cleave, E. F., & Bush, D. M. (1979). Entry into early adolescence: The impact of school structure, puberty and early dating on self-esteem. *American Sociological Review, 44*, 948-967.
- Smolla, N., Valla, J.P., Bergeron, L., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (2004). Development and reliability of a pictorial mental health interview for adolescent aged 12 to 16 years. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(12), 828-837.

Trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire

- Tremblay, R. E., & Desmarais-Gervais, L. (1979). Élaboration expérimentale d'une programmation pour enfants perturbés socio-affectifs (Vol. 1, Doc D. Montréal. C.P.E.Q.).
- Valla, J. P. (2000). Instruction manual for the Dominic Interactive. In Dominic Interactive, CD-ROM, DIMAT, Montréal.
- Verlaan, P., Cantin, S., & Boivin, M. (2001). L'Échelle de développement pubertaire : équivalence en langue française du « Pubertal Development Scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement*, 33, 143-147.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Chicago.
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The roles of intensified gender socialization. *Developmental Psychology*, 35, 232-245.
- Zubernis, L. S., Wright-Cassidy, K., Gillham, J. E., Reivich, K. J., & Jaycox, L. H. (1999). Prevention of depressive symptoms in preadolescent children of divorce. *Journal of Divorce & Remarriage*, 30, 11-36.

RÉSUMÉ

Cette étude longitudinale s'intéresse aux facteurs personnels, sociaux, familiaux et scolaires qui influencent l'émergence du trouble dépressif pendant la transition primaire-secondaire. La dépression chez les garçons est prédite par les conflits familiaux, les distorsions cognitives et une attitude négative envers l'enseignant. Chez les filles, le stress, particulièrement associé à la famille, et la présence de symptômes dépressifs dès la 6^e année prédisent la dépression à la suite de cette transition. Les adolescentes devenues dépressives en 2^e secondaire sont perçues par les enseignants en 6^e année comme présentant des indices de troubles de comportement extériorisés alors que la perception inverse est présente en 2^e secondaire.

MOTS CLÉS

dépression, transition primaire-secondaire, école, famille, étude longitudinale, adolescence

ABSTRACT

This longitudinal study explored personal, social, family and school-related factors predicting the onset of a depressive disorder during high school transition. For boys, major depression was predicted by family conflicts, cognitive distortions and a negative attitude toward their teacher. For girls, stress related to family and the presence of depressive symptoms in grade 6 predicted the onset of depression following the transition. Adolescent girls who became depressive in Grade 8 were perceived by teachers in Grade 6, as presenting externalized behaviour disorders in grade 6, while the opposite perception prevailed in grade 8.

KEY WORDS

depressive disorder, high school transition, school, family, longitudinal study, adolescence

ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS : SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES DANS LES FACTEURS ASSOCIÉS

ANXIETY AND DEPRESSION AMONG ADOLESCENTS: SIMILARITIES AND DIFFERENCES IN RISK FACTORS

Roxanne Richard

Université du Québec à Montréal

Diane Marcotte¹

Université du Québec à Montréal

Il est reconnu que les troubles anxieux et dépressifs sont des troubles psychologiques importants chez l'adulte. Cependant, ces troubles peuvent également se manifester dès l'enfance et l'adolescence et peuvent avoir des conséquences majeures sur le développement des jeunes (Albano, Chorpita, & Barlow, 2003; Hammen & Rudolph, 2003). Cet article s'intéresse plus particulièrement aux syndromes anxieux et dépressif chez les adolescents et aux différentes variables qui leur sont associées. De nombreux facteurs, tant sur le plan personnel, social, scolaire que familial distinguent les adolescents anxieux des adolescents non anxieux et les adolescents dépressifs des adolescents non dépressifs.

Le développement des troubles intériorisés s'avère d'une importance majeure au début de l'adolescence, car les jeunes vivent de nombreux stress liés à leur milieu scolaire et social en même temps qu'ils vivent des transformations sur le plan physiologique (Graber, 2004; Steinhausen, 2006). Cette période d'adaptation est d'autant plus critique pour les jeunes à risque que de nombreuses habiletés sont mises à l'épreuve tant en ce qui a trait aux nouvelles relations créées qu'à l'indépendance progressive de l'adolescent qui cherche à se détacher de son milieu familial (Roeser & Eccles, 2000).

De manière générale, à l'adolescence, ces troubles sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons et ils tendent à s'intensifier avec l'âge (Hammen & Rudolph, 2003). En ce qui concerne la trajectoire développementale, l'anxiété semble apparaître plus tôt que les symptômes dépressifs (Kendall, Hedtke, & Aschenbrand, 2006). De plus, la comorbidité entre ces deux troubles est plus souvent la norme que l'exception (Dumas, 2007). Selon Axelson et Birmaher (2001), de 25 % à 50 % des adolescents dépressifs manifesteraient un trouble anxieux alors que de 10 % à 15 % des adolescents anxieux auraient un trouble dépressif. Certains auteurs affirment que comme plusieurs symptômes

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3P8. Téléphone : (514) 987-3000 (poste 2619). Courriel : marcotte.diane@uqam.ca

étant associés à ces deux troubles se croisent et se confondent, il est donc plus difficile de les distinguer l'un de l'autre (Seligman & Ollendick, 1998).

Le syndrome anxieux chez l'adolescent :
définition et prévalence

L'anxiété est une détresse subjective accompagnée de pensées et de comportements inadaptés (Strauss, Frame, & Forehand, 1987). Le point central d'un syndrome anxieux est la peur réelle ou anticipée d'un événement, d'un objet ou d'une situation, variant selon le sous-type d'anxiété associé. De nombreuses recherches révèlent que les troubles anxieux sont la forme de psychopathologie la plus importante chez les jeunes (Dumas, 2007; Turgeon & Brousseau, 2001). La présente étude s'intéresse au syndrome anxieux, qui diffère du trouble au sens diagnostic, tel que défini par le DSM-IV. Le syndrome fait plutôt référence à la présence d'un ensemble de symptômes anxieux qui ne répondent pas aux critères diagnostiques du trouble, mais suggérant la nécessité d'une intervention (Graber, 2004). La présence du syndrome anxieux est un facteur de risque majeur dans le développement du trouble anxieux (Graber, 2004). Une étude australienne évalue la prévalence du syndrome anxieux chez les adolescents à 13,2 % (Boyd, Kostanski, Gullone, Ollendick, & Shek, 2000). Une autre étude réalisée auprès d'adolescents allemands révèle que ce dernier est présent chez 12,7 % des garçons et chez 24,1 % des filles (Manz, Junge, & Margraf, 2000).

Le syndrome dépressif chez l'adolescent :
définition et prévalence

La dépression est l'un des troubles de santé mentale les plus critiques à l'adolescence et elle est deux fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons (Hammen & Rudolph, 2003; Rudolph, Hammen, & Daley, 2006). Elle entraîne des conséquences majeures chez les jeunes: décrochage scolaire, abus de drogues et d'alcool, délinquance, difficultés dans les relations sociales, troubles alimentaires, difficultés psychosociales à l'âge adulte et risque de suicide plus élevé (Atkinson & Hornby, 2002; Marcotte, 2001). Notre étude s'intéresse au syndrome dépressif qui est constitué de plusieurs symptômes dépressifs, de type affectif, comportemental, cognitif et somatique, qui se manifestent simultanément sans pour autant répondre à tous les critères diagnostiques du trouble dépressif selon le DSM-IV (Dumas, 2007). Le syndrome est fortement prédicteur du trouble dépressif (Graber, 2004). L'étude canadienne de Reynolds et Johnston (1994) démontre une prévalence du syndrome dépressif chez les adolescents qui varie de 10 % à 18 %. Une étude finlandaise a noté que 17,2 % des adolescents âgés de 14 à 16 ans, présentaient ce syndrome (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen, & Laippala, 2001).

Le modèle théorique cognitivo-comportemental

Beck et Emery (1985) proposent un modèle cognitif de l'anxiété et de la dépression. Ce modèle implique qu'un schème cognitif particulier est responsable des distorsions cognitives qui habitent la personne anxieuse et dépressive. Ainsi, l'individu porte son attention de manière excessive sur les menaces perçues, dans le cas de l'anxiété ou sur ses pensées négatives, s'il est dépressif. Il sélectionne l'information qui est en lien avec son schème cognitif et l'encode, sans tenir compte des informations non congruentes à ce schème. En fait, il sélectionne uniquement l'information qui va dans le même sens que sa pensée, ce qui induit des erreurs concernant l'information qui sera perçue, d'où la présence de distorsions cognitives. Ce modèle cognitif de Beck permet de distinguer le type de cognitions des individus anxieux et dépressifs concernant leur manière de percevoir le monde, leur personne et le futur. La différence se situerait au niveau du contenu des variables cognitives, comme les pensées automatiques, les fausses interprétations, etc.

Les variables associées aux élèves anxieux

Les élèves anxieux se distinguent des autres élèves sur plusieurs plans. Ils ont une image plus négative d'eux-mêmes (Locker & Cropley, 2004) et semblent avoir un comportement plus inhibé, une humeur plus dépressive et ressentent plus d'émotions négatives (Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner, & Hedtke, 2004). Ils se plaignent plus de troubles somatiques, comme des maux de ventre ou des maux de tête (Masi, Favilla, Mucci, & Millepiedi, 2000). Leur mode de pensée est souvent teinté de distorsions négatives, puisqu'ils évaluent les situations ambiguës comme étant plus menaçantes et ont souvent un faible sentiment de contrôle sur ces dernières (Weems, Silverman, Rapee, & Pina, 2003). Ces distorsions cognitives sont aussi présentes dans leur évaluation de la réussite scolaire (Marcotte, Cournoyer, Gagné, & Bélanger, 2005). La détresse émotionnelle des élèves anxieux favorise l'initiation de comportements liés à la consommation de drogues et plus spécialement de la nicotine (Costello, Erkanli, Federman, & Angold, 1999). De plus, il est possible de remarquer plus de troubles de comportement chez ces derniers, ce qui signifie qu'ils sont plus susceptibles de manifester des problèmes en classe ou de participer à plus de délits que les élèves non anxieux (Marcotte et al., 2005).

À l'école, ils ont plus de problèmes d'attention et de concentration, donc ils éprouvent plus de difficultés à accomplir les tâches demandées (Locker & Cropley, 2004). Ils ressentent plus de compétition dans la classe et ils y sont moins engagés (Shochet, Dadds, Ham, & Montague, 2006). Un plus haut taux d'absentéisme est aussi observé chez ces derniers, ce qui pourrait aussi entraîner des difficultés sur le plan de la performance et

de la réussite scolaire (Marcotte et al., 2005). Ayant plus de déficits dans le domaine des habiletés sociales que les élèves non anxieux, ils sont donc moins populaires auprès de leurs pairs (Barrett, Lock, & Farrell, 2005).

En contexte familial, les adolescents anxieux perçoivent plus de conflits et moins de cohésion (Marcotte et al., 2005). Leurs parents sont plus contrôlants, surprotecteurs ou manifestent du rejet à l'égard de leurs enfants (Dadds & Roth, 2001). La présence de psychopathologie serait plus associée aux parents des élèves anxieux que des élèves non anxieux (Seligman & Ollendick, 1998).

Les variables associées aux élèves dépressifs

Sur le plan personnel, les élèves dépressifs ont une plus faible estime de soi (Masi et al., 2000) et ils rapportent plus d'événements de la vie négatifs et stressants (Donnelly, 1999). Ils manifestent des distorsions cognitives dans l'évaluation de diverses situations, telles la réussite scolaire, la dépendance ou la compétence (Locker & Cropley, 2004). Leurs habiletés d'adaptation et de résolution de problèmes sont plus déficientes que chez les non dépressifs (Nolen-Hoeskema & Girgus, 1994). On remarque aussi un plus grand nombre de symptômes somatiques chez les élèves dépressifs (Atkinson & Hornby, 2002) ou la présence d'un trouble anxieux en concomitance (Seligman & Ollendick, 1998). En milieu scolaire, on observe qu'ils ont plus de troubles de comportement et qu'ils ont tendance à causer plus de méfaits, bien que la présence du trouble des conduites en concomitance soit rarement contrôlée (Atkinson & Hornby, 2002; Marcotte et al., 2005). Leur attitude envers l'école est plus négative, ce qui entraîne plus de difficultés sur le plan du rendement scolaire (Nolen-Hoeskema & Girgus, 1994; Shochet et al., 2006) et un plus haut taux d'absentéisme (Marcotte et al., 2005). Les probabilités de décrocher de l'école sont donc plus élevées chez les élèves dépressifs (Fortin, Royer, Potvin, Marcotte, & Yergeau, 2004).

Les habiletés sociales étant aussi plus déficientes, les élèves dépressifs éprouvent plus de difficultés avec leur réseau de pairs et de collègues de classe (Marcotte, 2001). En ce qui concerne leur famille, ces élèves témoignent de moins de cohésion et de soutien, de plus de conflits (Donnelly, 1999) et de plus de contrôle parental (Marcotte et al., 2005). Il est important de souligner que les troubles dépressifs sont plus présents chez les enfants de parents présentant une psychopathologie, souvent la dépression ou l'anxiété (Seligman & Ollendick, 1998).

En résumé, la recension des écrits rapporte que de très nombreuses variables sont associées tant à l'anxiété qu'à la dépression. Il est donc difficile de tracer un portrait distinctif des variables associées à l'un et

l'autre de ces troubles intériorisés. De plus, très peu d'études comparent l'anxiété et la dépression en fonction de variables distinctes.

OBJECTIFS

Le premier objectif de cette étude est d'évaluer si les syndromes anxieux et dépressif sont plus présents chez les filles que chez les garçons de première secondaire. Le deuxième objectif est de comparer les élèves anxieux et non anxieux, ainsi que les élèves dépressifs et non dépressifs entre eux, ceci en fonction de variables personnelles, sociales, scolaires et familiales. Nous posons les hypothèses suivantes : que les filles sont plus anxieuses et dépressives que les garçons et que plusieurs variables sont communes aux deux syndromes, bien que certaines d'entre elles permettent de les distinguer. La recension des écrits ne nous permet pas d'émettre d'hypothèse spécifique quant aux facteurs qui distinguent le syndrome dépressif du syndrome anxieux. Finalement, nous prévoyons une comorbidité entre l'un et l'autre de ces syndromes.

MÉTHODE

Participants et procédures

Les participants sont 491 élèves (231 filles, 260 garçons) de 13 écoles secondaires en majorité du réseau public, de la Rive-Sud de Montréal et de la région de Trois-Rivières, inscrits en première secondaire, tant à l'enseignement régulier qu'en classes spéciales. L'âge moyen de ces derniers est de 12,29 ans. Leur participation est volontaire et le consentement des parents a été obtenu.

Des assistants de recherche formés à la passation de questionnaires en milieu scolaire ont procédé à l'expérimentation, lors de cours réguliers au trimestre d'automne. La durée de passation est d'environ 60 minutes. Au printemps, les enseignants de français des élèves concernés ont aussi complété un questionnaire, le *BASC* (Reynolds & Kamphaus, 1998) pour chacun des participants. Des informations quant au dossier scolaire des élèves ont été recueillies à la fin de l'année scolaire, soit les résultats en mathématiques et en français, de même que le nombre d'absences ou de suspensions. Les points de coupure de l'*Inventaire de Dépression de Beck-II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996, 1998) et de l'*Inventaire d'anxiété de Beck* (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; version française de Freeston, Ladouceur Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994) ont permis de séparer les participants en quatre groupes: les élèves anxieux, les élèves non anxieux, les élèves dépressifs et les élèves non dépressifs. Ces points de coupure sont définis dans la section instruments de mesure.

Instruments de mesure

Les coefficients de consistance interne des différents instruments ont été vérifiés et jugés satisfaisants. Par contre, quatre sous-échelles du questionnaire de *l'Environnement de la classe* (innovation, compétition, orientation et clarté des règlements) n'ont pas atteint le seuil de satisfaction.

Les symptômes dépressifs et anxieux

L'Inventaire de Dépression de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996, 1998) contient 21 items qui évaluent l'intensité des symptômes cognitifs, comportementaux, affectifs et somatiques liés à la dépression. Un score de coupure de 16 a été utilisé pour former les groupes d'élèves dépressifs, ce qui représente les caractéristiques de la dépression clinique dans ce questionnaire (Strober, Green, & Carlson, 1981). Les symptômes anxieux ont été mesurés par *l'Inventaire d'anxiété de Beck* (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; version française de Freeston, Ladouceur Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994) qui contient 21 items représentant différents symptômes de l'anxiété. Les groupes d'élèves sont formés à partir de l'intensité des symptômes, soit modérés et sévères, dont le score de coupure correspondant est 16.

Les variables personnelles et familiales

Le sexe et l'âge des participants ont été recueillis à partir d'un questionnaire socio-démographique. *L'Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (Weissman & Beck, 1978; version française de Bouvard & Cottraux, 1998) évalue les distorsions cognitives, à partir de 24 items divisés en trois sous-échelles (la réussite, la dépendance et l'autocontrôle). L'attitude de l'élève envers l'école et l'enseignant est mesurée par le *Behavior Assessment System for Children, (BASC)* (Reynolds & Kamphaus, 1998; version française de Marcotte & Leclerc, en préparation). *L'Échelle du développement pubertaire* (Peterson, Crockett, Richards, & Boxer, 1988; version française de Verlaan, Cantin, & Boivin, 2001) contient cinq catégories déterminant le statut pubertaire du répondant. Le degré de satisfaction de l'image corporelle du répondant est évalué par l'*Offer Self-Image Questionnaire* (Offer, Ostrov, & Howard, 1981; traduction de Marcotte, non publié). Le *Questionnaire de la délinquance autorévélee* (LeBlanc, 1994) comprend 21 questions qui évaluent la présence de délits commis, leur nature, leur gravité et leur ampleur. Le *Questionnaire de l'environnement familial* (Moos & Moos, 1981; version française de l'Équipe de recherche en intervention psycho-éducative, 1989) permet d'identifier les caractéristiques familiales comme l'expression, les conflits, la cohésion, l'organisation et le contrôle de la cellule familiale. Les données sur la structure familiale sont recueillies à l'aide d'un questionnaire sur les données démographiques.

Les variables sociales

Le *Perceived Social Support-Friends* (Procidano & Heller, 1983; Marcotte & Sicotte, 1995, non publié) évalue la perception du soutien social de la famille et des pairs, en plus de déterminer si ce soutien et l'information reçue du réseau social sont satisfaisants, selon le répondant.

Les variables liées à l'école

L'*Échelle de l'environnement de la classe* (Moos & Trickett, 1987; version française de Tremblay & Desmarais-Gervais, 1979) évalue les différentes caractéristiques du climat de la classe, soit l'ordre et l'organisation, l'engagement, l'orientation vers la tâche, le contrôle et le soutien de l'enseignant, la clarté des règlements, l'affiliation et la compétition. La version de l'enseignant du *Behavior Assessment System for Children (BASC)* (Reynolds & Kamphaus, 1998) permet de mesurer les difficultés d'adaptation et de comportement des élèves à partir des échelles suivantes : les échelles d'agressivité, les problèmes d'attention, les problèmes d'apprentissage, le retrait social, le leadership, les habiletés d'études et les habiletés sociales.

RÉSULTATS

Le premier objectif de cette étude est d'évaluer si les syndromes anxieux et dépressif sont plus présents chez les filles que chez les garçons. À la suite d'une première analyse de χ^2 pour le syndrome anxieux, la différence entre les filles et les garçons est significative ($\chi^2 = 12.82$, $df = 1$, $p < .05$), 31 % des filles étant anxieuses, comparativement à 15 % des garçons. Par contre, pour la dépression, ce résultat n'est pas significatif, ($\chi^2 = 1.60$, $df = 1$, n.s.), alors que 6 % des filles sont dépressives, comparativement à 4 % des garçons.

Le deuxième objectif de cette étude est de comparer les élèves anxieux et non anxieux, ainsi que les élèves dépressifs et non dépressifs entre eux, ceci en fonction de variables personnelles, sociales, scolaires et familiales. Certaines variables ont été dichotomisées en raison de la non-normalité de la distribution des scores. Ces variables non paramétriques sont analysées en fonction d'un coefficient de χ^2 partiel.

Par la suite, des analyses de la variance ont été réalisées avec les autres variables, afin de comparer les différents groupes d'élèves selon les deux dimensions choisies, soit l'effet groupe, l'effet sexe et l'interaction entre le groupe et le sexe du sujet. Seuls les effets principaux du groupe sont significatifs. Les analyses de variance sont rapportées aux Tableaux 1 et 2. Par souci de concision, seuls les résultats significatifs obtenus à la suite de la correction de Bonferroni seront discutés.

Tableau 1

Moyennes, écarts types des variables personnelles, familiales et scolaires, en fonction du groupe d'élèves anxieux et non anxieux

Variables	Élèves anxieux N = 82				Élèves non anxieux N = 285				Test de différence (Groupe)
	Garçons (n = 30)		Filles (n = 62)		Garçons (n = 227)		Filles (n = 176)		
	Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		
Variables personnelles/ sociales									
Auto-évaluation du rendement scolaire	1.90	(.48)	1.83	(.59)	1.76	(.55)	1.71	(.56)	F=3.19
Fréquence des délits	NA		NA		NA		NA		$\chi^2=18.01^{***}$
Consommation de drogues et d'alcool	NA		NA		NA		NA		$\chi^2 = 3.43$
Score dépression	10.20	(8.24)	12.31	(9.99)	4.23	(5.07)	4.21	(5.25)	F = 77.88***
Distorsions cognitives (dépendance)	29.12	(7.78)	28.92	(9.38)	25.77	(8.30)	22.83	(8.00)	F = 19.18***
Distorsions cognitives (réussite)	31.19	(10.52)	27.47	(9.99)	25.72	(10.31)	22.13	(7.91)	F = 19.00***
Distorsions cognitives (auto-contrôle)	37.43	(9.13)	32.29	(8.04)	37.55	(8.09)	34.50	(6.66)	F = 1.34
Image corporelle	13.20	(3.36)	11.00	(3.91)	16.11	(3.53)	14.67	(4.08)	F = 44.21***
Attitude envers l'école	NA		NA		NA		NA		$\chi^2 = 9.88^{***}$
Attitude envers enseignant	55.43	(9.71)	50.31	(8.95)	47.61	(7.56)	45.15	(6.23)	F = 43.79***
Puberté	2.65	(.66)	3.67	(.55)	2.53	(.69)	3.31	(.72)	F = 6.84**
Soutien des amis	87.74	(17.64)	94.38	(16.12)	91.09	(14.72)	101.23	(12.94)	F = 7.25**
Variables familiales									
Cohésion	49.93	(16.43)	47.62	(17.07)	55.05	(11.48)	55.88	(14.37)	$\chi^2=5.37^*$
Expression sentiments	48.82	(12.78)	51.36	(9.84)	52.99	(9.17)	52.69	(10.33)	F = 4.53*
Conflits familiaux	51.93	(13.93)	52.53	(13.75)	44.75	(12.05)	42.87	(11.71)	F = 28.01***
Contrôle parental	50.81	(10.62)	51.65	(12.64)	48.13	(9.96)	48.32	(9.93)	F = 4.98*

Tableau 1

Moyennes, écarts types des variables personnelles, familiales et scolaires, en fonction du groupe d'élèves anxieux et non anxieux (suite)

Variables	Élèves anxieux N = 82				Élèves non anxieux N = 285				Test de différence (Groupe)
	Garçons (n = 30)		Filles (n = 62)		Garçons (n = 227)		Filles (n = 176)		
	Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		
Organisation familiale	50.53	(9.62)	50.07	(10.89)	52.98	(8.96)	53.64	(10.77)	F = 5.50*
Variables scolaires (perçues par l'élève)									
Ordre et organisation dans la classe	1.80	(1.24)	2.10	(1.33)	2.18	(1.17)	2.48	(1.22)	F = 5.89*
Engagement	2.26	(1.11)	2.40	(1.18)	2.66	(1.03)	2.89	(.95)	F = 11.03**
Orientation vers la tâche	2.72	(.97)	3.23	(.94)	3.19	(.86)	3.19	(.83)	F = 3.72*
Contrôle de l'enseignant	2.60	(1.13)	2.74	(1.13)	2.32	(1.19)	2.15	(1.18)	F = 8.11*
Soutien de l'enseignant	2.46	(1.16)	2.44	(1.10)	2.93	(1.02)	3.00	(.93)	F = 15.05***
Clarté des règlements	NA		NA		NA		NA		$\chi^2 = 9.01^{**}$
Affiliation	NA		NA		NA		NA		$\chi^2 = 9.48^{**}$
Compétition	NA		NA		NA		NA		$\chi^2 = 13.64^{***}$
Innovation	2.52	(1.08)	2.39	(.96)	2.74	(.91)	2.85	(.86)	F = 8.08**
Variables scolaires (perçues enseignant)									
Agressivité	7.00	(6.31)	5.94	(5.00)	7.65	(5.39)	4.85	(3.55)	F = .12
Problèmes d'attention	7.24	(.65)	6.87	(.74)	7.03	(.78)	6.70	(.68)	F = 4.19*
Problèmes d'apprentissage	7.27	(4.56)	4.00	(3.75)	6.28	(5.21)	3.36	(3.80)	F = 1.89
Retrait social	2.50	(3.04)	1.86	(2.71)	2.04	(2.63)	2.03	(2.54)	F = .18
Leadership	9.60	(4.34)	12.12	(5.05)	12.13	(5.36)	12.79	(5.47)	F = 5.44*
Habilités d'étude	17.80	(6.88)	22.65	(7.22)	20.34	(7.75)	24.62	(7.39)	F = 5.35*
Habilités sociales	15.47	(7.28)	19.49	(7.25)	17.99	(6.82)	20.69	(6.59)	F = 4.40*

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .002$, à la suite d'une correction Bonferroni
 Note : le coefficient calculé correspond à l'effet principal de l'anxiété

Tableau 2

Moyennes, écarts types des variables personnelles, familiales et scolaires, en fonction du groupe d'élèves dépressifs / non dépressifs

	Élèves dépressifs N = 22				Élèves non dépressifs N = 426				Test de différence (Groupe)
	Garçons (n = 9)		Filles (n = 13)		Garçons (n = 242)		Filles (n = 206)		
	Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		
Variables personnelles/sociales									
Auto-évaluation du rendement scolaire	2,00	(0,71)	2,38	(0,51)	1,76	(0,54)	1,65	(0,52)	F = 16.99***
Fréquence des délits	N/A		N/A		N/A		N/A		$\chi^2=8.01$
Consommation de drogues et d'alcool	0,60		1,11		0,34		0,83		$\chi^2 = 8.96^{**}$
Score d'anxiété	18,11	(13,05)	20,77	(14,97)	6,13	(6,554)	7,94	(7,57)	F = 35.34***
Distorsions cognitives (dépendance)	32,44	(7,76)	35,59	(11,63)	25,63	(7,94)	23,67	(7,65)	F = 28.53***
Distorsions cognitives (réussite)	30,65	(5,38)	33,00	(12,29)	25,61	(10,23)	22,69	(8,04)	F = 13.68***
Distorsions cognitives (auto-contrôle)	38,00	(7,00)	32,15	(7,44)	37,21	(8,23)	32,16	(7,44)	F = .12
Image corporelle	13,25	(3,98)	10,17	(6,12)	15,61	(3,64)	14,23	(3,87)	F = 13.77***
Attitude négative envers l'école	N/A		N/A		N/A		N/A		$\chi^2 = 7.90^{**}$
Attitude envers l'enseignant	60,00	(8,96)	54,84	(7,58)	48,00	(7,73)	45,41	(6,29)	F = 44.61***
Puberté	2,50	(0,76)	3,75	(0,45)	2,54	(0,67)	3,39	(0,65)	F = 1.04
Soutien des amis	80,54	(13,03)	89,38	(15,91)	90,90	(15,19)	100,78	(11,72)	F = 12.63***
Variables familiales									
Cohésion	N/A		N/A		N/A		N/A		$\chi^2 = 5.76^*$
Expression sentiments	43,06	(8,40)	47,59	(11,32)	53,34	(10,22)	53,81	(9,46)	F = 13.11***
Conflits familiaux	61,54	(14,58)	59,76	(16,55)	45,36	(12,25)	43,82	(11,30)	F = 33.23***
Contrôle parental	50,19	(13,51)	57,15	(10,50)	48,51	(10,49)	47,82	(10,24)	F = 5.27*
Organisation familiale	44,77	(9,46)	48,18	(15,53)	52,95	(8,98)	52,98	(10,63)	F = 8.93**

Tableau 2

Moyennes, écarts types des variables personnelles, familiales et scolaires, en fonction du groupe d'élèves dépressifs/non dépressifs (suite)

	Élèves dépressifs N = 22				Élèves non dépressifs N = 426				Test de différence (Groupe)
	Garçons (n = 9)		Filles (n = 13)		Garçons (n = 242)		Filles (n = 206)		
	Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		Moyenne (É.T.)		
Variabiles scolaires (perçues par l'élève)									
Ordre et organisation dans la classe	1,89	(1,36)	1,54	(1,33)	2,17	(1,18)	2,43	(1,27)	F = 4.61*
Engagement	2,33	(1,12)	2,15	(0,99)	2,65	(1,01)	2,81	(1,05)	F = 4.61*
Orientalion tâche	2,44	(1,13)	3,15	(0,90)	3,19	(0,87)	3,16	(3,89)	F = 3.69
Contrôle (enseignant)	2,58	(0,88)	3,08	(1,12)	2,32	(1,22)	2,22	(1,18)	F = 4.23*
Soutien enseignant	2,22	(1,20)	2,87	(2,96)	2,93	(1,01)	2,87	(0,96)	F = 3.43
Clarté des règlements	N/A		N/A		N/A		N/A		$\chi^2 = 7.68^{**}$
Affiliation	N/A		N/A		N/A		N/A		$\chi^2 = 2.23$
Compétition	N/A		N/A		N/A		N/A		$\chi^2 = 3.49$
Innovation	2,00	(1,11)	2,85	(0,90)	2,78	(0,90)	2,77	(0,82)	F = 3.30
Variabiles scolaires (perçues par l'enseignant)									
Agressivité	9,56	(8,08)	9,92	(7,54)	7,72	(5,54)	4,54	(3,25)	F = 8.61**
Problèmes d'attention	7,49	(0,87)	7,07	(0,75)	7,02	(0,76)	6,69	(0,67)	F = 6.73*
Problèmes d'apprentissage	8,89	(5,20)	6,25	(3,89)	6,13	(5,14)	3,06	(3,42)	F = 10.82***
Retrait social	3,89	(5,28)	2,17	(1,99)	2,23	(2,90)	1,79	(2,33)	F = 2.74
Leadership	7,00	(3,71)	10,17	(4,15)	11,84	(5,21)	13,32	(5,43)	F = 11.32***
Habiletés d'étude	13,11	(7,17)	20,25	(7,35)	20,30	(7,67)	25,01	(7,11)	F = 12.73***
Habiletés sociales	11,67	(8,46)	15,92	(6,78)	17,67	(6,98)	21,06	(6,34)	F = 13.35***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .002$, à la suite d'une correction Bonferroni

Note : le coefficient calculé au test de différence correspond à l'effet principal de la dépression

Comparaison entre les élèves anxieux et non anxieux

En ce qui concerne les variables personnelles et sociales, les élèves anxieux semblent avoir une image corporelle plus négative [$F(1,352) = 44.21, p < .002$], vivent plus de sentiments dépressifs [$F(1,352) = 77.88, p < .002$], perçoivent leur enseignant plus négativement [$F(1,363) = 44.79, p < .002$] et commettent plus de délits que les élèves non anxieux, ($\chi^2 = 18.01, p < .002$). De plus, ces élèves se différencient par la présence de distorsions cognitives liées à la dépendance [$F(1,363) = 19.18, p < .002$] et à la réussite [$F(1,363) = 19.00, p < .002$]. Ces dernières se traduisent par des idées comme : « Sans mes amis, je n'y arriverai pas » et « Je sais que je ne suis pas bon en mathématiques, je suis voué à l'échec encore une fois ». En ce qui concerne les variables familiales, les élèves anxieux perçoivent plus de conflits au sein de leur famille que les non-anxieux [$F(1,363) = 28.01, p < .002$]. De plus, ils se distinguent sur le plan des variables scolaires, puisque les anxieux perçoivent plus de compétition dans la classe ($\chi^2 = 13.64, p < .002$) et se sentent moins appuyés par leurs enseignants que les élèves non anxieux [$F(1,362) = 15.04, p < .002$]. De plus, les élèves anxieux perçoivent qu'ils ont moins d'affiliation avec les autres élèves du groupe ($\chi^2 = 9.48, p < .002$).

Comparaison entre les élèves dépressifs et non dépressifs

En ce qui a trait aux variables personnelles et sociales, les élèves dépressifs se distinguent de leurs camarades de classe non dépressifs en ayant une image corporelle plus négative [$F(1,428) = 13.77, p < .002$], tout comme les élèves anxieux, et un niveau d'anxiété plus élevé [$F(1,439) = 35.34, p < .002$]. De plus, ils manifestent plus de distorsions cognitives sur le plan de la dépendance [$F(1,443) = 28.53, p < .002$], et de la réussite [$F(1,443) = 13.68, p < .002$], comme les élèves anxieux, et ils perçoivent moins de soutien de leurs amis [$F(1,443) = 12.63, p < .002$]. Ils manifestent une attitude plus négative à l'égard de leur enseignant [$F(1,443) = 44.61, p < .002$], ce qui est aussi présent chez les anxieux, et ils évaluent plus négativement leur rendement scolaire [$F(1,443) = 16.99, p < .002$]. En ce qui concerne les variables familiales, les élèves dépressifs, tout comme les élèves anxieux, perçoivent plus de conflits au sein de leur famille [$F(1,444) = 36.06, p < .002$], et contrairement aux élèves anxieux, ils ont plus de difficultés à exprimer leurs sentiments en famille [$F(1,443) = 13.11, p < .002$].

Les variables explicatives de l'anxiété

Le deuxième objectif de cette recherche est de déterminer quelles variables permettent de mieux expliquer l'appartenance aux groupes d'élèves anxieux et dépressifs. Des analyses de régression logistique binaire sont effectuées afin de répondre à cette question. Le choix des

variables incluses dans les différents modèles correspond aux résultats significatifs obtenus dans les ANOVAS. Une première analyse est effectuée, avec le groupe d'élèves anxieux et non anxieux, à partir de douze variables significatives. Trois d'entre elles s'avèrent être significatives pour mieux expliquer l'appartenance au groupe d'élèves anxieux. Elles sont, en ordre d'importance, le sexe, le score de dépression, l'image corporelle. Les résultats de cette régression sont rapportés au Tableau 3.

Par la suite, deux régressions logistiques binaires sont effectuées avec les mêmes variables, dans le but de faire ressortir celles qui expliquent mieux l'appartenance au groupe anxieux, en fonction du sexe de l'élève (Tableau 4). Pour les garçons, la compétition perçue dans la classe, le score obtenu au test de la dépression et l'image corporelle perçue sont les variables qui expliquent mieux cette même appartenance. Pour les filles, en ordre d'importance, les variables score de dépression, soutien de l'enseignant et image corporelle contribuent à mieux expliquer leur appartenance au groupe d'élèves anxieux.

Tableau 3

Analyse de régression logistique binaire appliquée aux variables personnelles, familiales et scolaires chez les élèves anxieux / non anxieux (N = 344)

Variables	Bêta	S.E.	Wald	dl	p	Exp (B)
Score de dépression	.62	.15	15.83	1	< .01	1.83
Sexe	.93	.35	6.25	1	.01	2.44
Image corporelle	-.15	.04	10.86	1	.00	.86
Distorsions cognitives (dépendance)	.00	.03	.00	1	.99	1.00
Distorsions cognitives (réussite)	.02	.02	1.08	1	.99	1.02
Attitude négative envers l'enseignant	-.09	.28	.06	1	.80	.91
Attitude négative envers l'école	-.19	.39	.24	1	.74	.89
Fréquence des délits	.83	.44	3.59	1	.06	2.30
Conflits familiaux	.36	.19	3.65	1	.06	1.44
Soutien de l'enseignant	-.33	.18	3.22	1	.07	.72
Compétition dans la classe	.63	.34	3.40	1	.07	1.87
Affiliation	-.12	.35	.11	1	.74	.89

Note : $R^2 = .29$; $\chi^2 = 118.11$, $dl = 12$, $p < .001$

Anxiété et dépression chez les adolescents

Tableau 4

Analyses de régression logistique binaire appliquées aux variables personnelles, familiales et scolaires chez les anxieux / non anxieux, en fonction du sexe

Variabiles	Bêta	S.E.	Wald	dl	p	Exp (B)
Garçons (N = 191)						
Score de dépression	.57	.23	6.37	1	.01	1.78
Image corporelle	-1.19	.07	6.72	1	.01	.30
Distorsions cognitives (dépendance)	-.03	.05	.47	1	.49	.97
Distorsions cognitives (réussite)	.02	.03	.28	1	.60	1.02
Attitude négative envers l'enseignant	1.10	.66	2.83	1	.09	3.00
Attitude négative envers l'école	-.51	.66	.59	1	.44	.60
Fréquence des délits	.77	.76	1.05	1	.31	2.16
Conflits familiaux	.20	.29	.47	1	.49	1.22
Soutien de l'enseignant	.01	.28	.00	1	.98	1.01
Compétition dans la classe	1.59	.58	7.57	1	.01	4.89
Affiliation	.08	.55	.02	1	.89	1.08
Filles (N = 161)						
Score de dépression	.69	.22	9.35	1	.00	1.99
Image corporelle	-.12	.06	4.39	1	.04	.88
Distorsions cognitives (dépendance)	.02	.03	.26	1	.61	1.02
Distorsions cognitives (réussite)	.02	.03	.45	1	.50	1.02
Attitude négative envers l'enseignant	-.62	.56	1.24	1	.27	.54
Attitude négative envers l'école	-.07	.52	.02	1	.89	.93
Fréquence des délits	.95	.55	2.72	1	.10	2.58
Conflits familiaux	.33	.28	1.39	1	.24	1.39
Soutien de l'enseignant	-.54	.26	4.36	1	.04	.59
Compétition dans la classe	.12	.50	.06	1	.81	1.13
Affiliation	-.26	.48	.29	1	.59	.77

Note. Modèle de régression selon les garçons : $R^2 = .23$; $\chi^2 = 48.35$, $dl = 11$, $p < .001$.
Modèle de régression selon les filles : $R^2 = .34$; $\chi^2 = 66.86$, $dl = 11$, $p < .001$.

Les variables explicatives de la dépression

Les régressions logistiques concernant les groupes d'élèves dépressifs et non dépressifs sont effectuées avec quatorze variables. Parmi celles-ci, dans l'ordre d'importance, quatre variables permettent d'expliquer l'appartenance de l'élève au groupe dépressif ou non dépressif. Il s'agit du score d'anxiété, du sexe du sujet, des distorsions cognitives liées à la dépendance et de l'attitude négative envers l'enseignant. Ces résultats sont rapportés au Tableau 5.

Lorsqu'on procède aux mêmes analyses, en séparant les garçons des filles, les variables significatives sont réduites (Tableau 6). L'appartenance au groupe dépressif s'explique mieux par le score d'anxiété pour les garçons, et par la présence de conflits familiaux pour les filles.

Tableau 5

Analyses de régression logistique binaire appliquées aux variables personnelles, familiales et scolaires chez les élèves dépressifs et non dépressifs (N = 230)

Variables	Bêta	S.E.	Wald	dl	p	Exp (B)
Score d'anxiété	.90	.30	8.69	1	.00	2.45
Sexe	2.23	.86	6.69	1	.01	9.33
Distorsions cognitives (dépendance)	.11	.04	6.49	1	.01	1.12
Attitude envers l'enseignant	1.69	.04	5.35	1	.02	5.42
Soutien des amis	-.041	.02	3.32	1	.07	.96
Auto-évaluation du rendement scolaire	1.31	.61	2.59	1	.11	3.70
Expression des sentiments	-.04	.03	1.61	1	.21	.96
Conflits	.51	.38	1.84	1	.18	1.67
Image corporelle	.13	.10	1.88	1	.17	1.14
Distorsions cognitives (réussite)	.11	.04	.47	1	.49	.97
Problèmes d'apprentissage	.77	.59	1.66	1	.20	2.15
Habilités sociales	-.03	.09	.10	1	.75	.97
Habilités d'étude	.07	.10	.58	1	.45	1.08
Leadership	-.09	.12	.70	1	.41	.91

Note : $R^2 = .17$; $\chi^2 = 78.02$, dl , 13, $p < .001$.

Anxiété et dépression chez les adolescents

Tableau 6

Analyses de régression logistique binaire appliquées aux variables personnelles, familiales et scolaires chez les élèves dépressifs et non dépressifs, en fonction du sexe

Variabes	Bêta	S.E.	Wald	df	p	Exp (B)
Garçons (N = 230)						
Score d'anxiété	.19	.08	5.80	1	.01	1.21
Image corporelle	2.37	1.72	1.89	1	.17	10.68
Distorsions cognitives (dépendance)	.21	.11	3.58	1	.06	1.23
Distorsions cognitives (réussite)	-.12	.09	2.17	1	.14	.88
Soutien de l'enseignant	-.03	.04	.85	1	.36	.97
Auto-évaluation du rendement scolaire	1.99	1.53	1.68	1	.20	7.31
Attitude négative envers l'enseignant	2.45	1.50	2.69	1	.10	11.59
Conflits	.79	.74	1.09	1	.30	2.18
Expression des sentiments	-.08	.05	2.75	1	.10	.92
Problèmes d'apprentissage	.13	.86	.02	1	.88	1.14
Habilités sociales	.18	.15	1.53	1	.22	1.20
Habilités d'études	-.07	.19	.14	1	.70	.93
Leadership	-.35	.31	1.32	1	.25	.70
Filles (N = 191)						
Score d'anxiété	.05	.07	.60	1	.44	1.06
Image corporelle	.58	1.02	.32	1	.57	1.78
Distorsions cognitives (dépendance)	.12	.08	2.06	1	.15	1.13
Distorsions cognitives (réussite)	.04	.07	.26	1	.61	1.04
Soutien des amis	-.05	.05	1.11	1	.29	.95
Auto-évaluation du rendement scolaire	3.53	2.65	1.77	1	.16	33.97
Attitude envers l'enseignant	2.30	1.41	2.67	1	.10	9.95
Conflits familiaux	1.44	.71	4.15	1	.04	4.24
Expression des sentiments	-.01	.06	.02	1	.89	.99
Problèmes d'apprentissage	1.39	1.12	1.55	1	.21	4.02
Habilités sociales	-.30	.19	2.53	1	.11	.74
Habilités d'étude	.32	.19	2.91	1	.09	1.38
Leadership	.01	.16	.01	1	.97	1.01

Note. Modèle de régression selon les garçons : $R^2 = .14$; $\chi^2 = 35.35$, $df = 13$, $p < .001$
 Modèle de régression selon les filles : $R^2 = .25$; $\chi^2 = 54.00$, $df = 13$, $p < .001$

DISCUSSION

Filles et garçons : différences

Une différence émerge à l'adolescence entre les filles et les garçons dans la manifestation des syndromes anxieux et dépressif. Tel que recensés dans les écrits scientifiques (Graber, 2004; Hammen & Rudolph, 2003), les résultats obtenus révèlent que le nombre de filles anxieuses est deux fois plus élevé que le nombre de garçons anxieux, mais on ne peut affirmer pour autant que les filles sont plus dépressives au tout début de l'adolescence, selon les résultats de la présente étude. La synchronie entre la période de transition de l'école primaire au secondaire et la puberté chez les filles semble expliquer que ces dernières sont plus à risque de développer des troubles intériorisés (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Dans notre étude, la différence entre les garçons et les filles n'étant pas statistiquement significative pour ce qui est du syndrome dépressif, on pourrait croire que les effets de la période pubertaire des filles ne sont pas encore bien installés en première secondaire, puisque la moyenne d'âge des premières menstruations est de 12,7 ans (Marcotte et al., 2005). Par contre, les changements corporels liés à l'image et à l'estime de soi, les relations sociales changeantes, les liens d'amitié qui se brisent ou les relations familiales plus difficiles sont vécus de manière plus négative chez les filles que chez les garçons. Ces dernières ont tendance à vivre plus d'émotions négatives et à ruminer davantage que les garçons (Graber, 2004).

La dominance de l'anxiété chez les filles est parfois expliquée par les traits liés au genre féminin, qui sont plus associés à la peur et à l'évitement, que les traits typés du genre masculin, comme la détermination, la persistance, la notion de défi et de performance (Silverman & Ginsburg, 2002). On pourrait penser que les adolescentes vivent plus d'événements stressants que les garçons, surtout en ce qui a trait aux pressions sociales qui découlent de l'hypersexualisation véhiculée par la mode et les médias. Ce phénomène de plus en plus marqué socialement expose les filles à un plus grand risque de développer de l'anxiété en soulevant, entre autres, la question d'une vie sexuelle active de plus en plus tôt chez les jeunes.

Anxieux-dépressifs : ressemblances

Le deuxième objectif de cette recherche est de comparer les élèves anxieux et non anxieux, dépressifs et non dépressifs entre eux. Les résultats obtenus, en lien avec ce qui est proposé dans les écrits scientifiques, suggèrent que de nombreuses variables distinguent les élèves anxieux des élèves non anxieux et les élèves dépressifs des élèves non dépressifs, et que certaines similitudes existent entre les anxieux et les dépressifs. Les résultats de notre étude démontrent que l'image

corporelle, les différentes distorsions cognitives, l'attitude plus négative envers leur enseignant et les niveaux d'anxiété et de dépression ressentis sont des facteurs communs aux deux groupes d'élèves ayant un trouble anxieux ou dépressif. La forte présence d'affects négatifs est ce qui permet de comprendre la présence de tels facteurs dans les deux cas (Angold & Costello, 1993).

D'autres similitudes sont observables en milieu familial, ce qui est largement documenté dans les écrits scientifiques (Stark, Humphrey, Livingston, & Christopher, 1993). Les élèves anxieux et dépressifs perçoivent plus de difficultés au sein de leur noyau familial, telle la présence plus importante de conflits. Dans les deux cas, les troubles sont souvent associés à des pratiques parentales problématiques. Les parents d'élèves anxieux sont souvent perçus comme surprotecteurs et contrôlants (Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003). Les jeunes anxieux vivent donc plus d'insécurité, se sentent moins sûrs d'eux-mêmes, croient qu'ils n'ont pas la capacité de réussir et vivent plus de peurs et d'angoisse face aux événements et à eux-mêmes. Par contre, la distance, l'absence de sentiments chaleureux dans la famille et le rejet seraient des caractéristiques plus présentes chez les parents d'élèves dépressifs (Graber, 2004). Ces adolescents auraient donc une image plus négative de leur milieu familial.

Anxieux-dépressifs : différences

Bien que les résultats obtenus suggèrent que les deux groupes d'élèves se ressemblent sur plusieurs plans, certaines différences permettent de les distinguer. Ces dernières sont moins perceptibles dans la documentation scientifique, qui semble plutôt cibler les variables communes aux deux troubles, sans nécessairement faire ressortir ce qui est propre à chacun. Premièrement, les résultats obtenus suggèrent que les variables personnelles distinguent mieux que les autres types de variables les élèves en trouble intériorisé des autres élèves. Ensuite, il y a une différence significative entre les perceptions des enseignants par rapport aux élèves anxieux et dépressifs en milieu scolaire. Il semble que les enseignants perçoivent des comportements plus dysfonctionnels chez les élèves dépressifs : problèmes d'apprentissage, moins de leadership, moins d'habiletés sociales et moins d'habiletés dans les études. Ces derniers ayant une attitude générale plus négative, leurs relations sociales sont plus problématiques. Leurs cognitions négatives teintent aussi leur motivation scolaire, puisqu'ils semblent démontrer plus de difficultés de rendement scolaire que les anxieux. Par contre, aucune difficulté n'est perçue par l'enseignant chez les élèves anxieux; les variables associées à l'anxiété sont liées aux différentes perceptions des élèves. Le manque de soutien de l'enseignant et la compétition perçue dans la classe témoignent de la peur, de la menace que ressentent les anxieux, ce qui n'est pas le

cas des élèves dépressifs. Le besoin de se faire rassurer, d'être soutenus et réconfortés semble plus criant chez les anxieux. Leur manque d'affiliation rappelle la crainte d'être jugés ou évalués négativement par les autres élèves.

Par contre, une autre différence importante émerge entre les élèves anxieux et dépressifs, soit le type de schéma cognitif qu'ils entretiennent sur le soi, le monde et le futur, tel que le suggère l'étude de Stark et ses collègues (1993). Les anxieux ont peur de ne pas être à la hauteur, de ne pas pouvoir agir de la bonne manière ou de ne pas savoir quoi faire dans certaines situations ambiguës. Les biais cognitifs des anxieux sont donc plus axés sur les questionnements et le sentiment de menaces futures. Par contre, les dépressifs interprètent les choses de manière plus négative, non en se questionnant, mais en faisant des déclarations négatives. Les jeunes dépressifs ne sont pas concernés par l'aspect menaçant des choses, mais plutôt par des cognitions générales négatives et par l'absence d'affects positifs (Avenevoli & Steinberg, 2001).

Puisque les résultats montrent que plusieurs variables sont associées autant au syndrome anxieux que dépressif, nous avons dû procéder à un regroupement de ces dernières, afin de voir quelles étaient les plus importantes. Les résultats des régressions logistiques démontrent que pour chacun, la dépression ou l'anxiété est présente, ce qui est en accord avec nos hypothèses. Il est plutôt rare qu'un trouble se manifeste seul à l'adolescence (Compas & Oppedisano, 2000). Ces deux syndromes étant intériorisés et ayant à la fois des symptômes semblables et des facteurs de risque associés communs, il n'est pas surprenant que ces derniers soient hautement corrélés. Par contre, les distorsions cognitives semblent être plus importantes dans la dépression que dans l'anxiété, ce qui est appuyé dans les écrits scientifiques par la présence d'affects négatifs de manière généralisée chez les dépressifs (Stark et al., 1993). L'attitude négative envers l'enseignant est fortement associée à la dépression alors que l'attitude négative envers l'école se révèle être importante pour expliquer l'anxiété. Alors que l'attitude des dépressifs pourrait se traduire par « je ne suis pas très bon, donc le prof ne m'aime pas », les anxieux se diraient plutôt : « Je ne me sens pas bien à l'école, c'est trop grand, il y a trop de monde, je ne sais pas ce qui va arriver... ».

Les variables explicatives pour l'un et l'autre des syndromes sont aussi différentes chez les garçons et les filles, selon les résultats obtenus, ce qui est en lien avec les écrits scientifiques (Graber, 2004; Silverman & Ginsburg, 2002). Pour les filles, le besoin d'un soutien de leur enseignant pour apaiser leurs peurs et leur insécurité ressort beaucoup, contrairement aux garçons. Les garçons, par contre, manifestent de l'anxiété liée à la

compétition et à la performance scolaire, ce qui correspond aux traits typés du genre masculin, discutés antérieurement.

De plus, la plupart de ces derniers n'ayant pas encore atteint la puberté, la peur de ne pas répondre aux standards du modèle « corporel » masculin est une source importante d'angoisse chez l'adolescent dépressif qui expérimente ses premières expériences amoureuses. L'anxiété est le facteur expliquant la dépression chez le garçon, alors que pour les filles dépressives, il s'agit plutôt de la présence de conflits familiaux, d'où l'importance de l'aspect relationnel chez ces dernières (Galambos, 2004).

CONCLUSION

Globalement, les résultats obtenus confirment la plupart de nos hypothèses. Tout d'abord, les filles se révèlent plus anxieuses que les garçons, mais la différence n'est pas confirmée pour la dépression. De nombreuses variables sont associées à la fois à l'anxiété et à la dépression, plus particulièrement les variables personnelles. De plus, la concomitance des deux syndromes est confirmée par nos résultats, ce qui soulève la question de pouvoir distinguer clairement les deux troubles intériorisés à l'adolescence. D'autres recherches seraient nécessaires pour étudier la concomitance entre la dépression et l'anxiété, afin de déterminer sur quel plan il est possible d'intervenir, lorsque l'élève présente à la fois un syndrome anxieux et dépressif. De plus, il serait aussi nécessaire d'évaluer l'évolution de l'anxiété et de la dépression, une fois la période de transition entre l'école primaire et secondaire accomplie.

La présente étude soulève l'importance des facteurs personnels et sociaux, mais le contexte scolaire est un milieu d'intervention possible, à la fois pour les élèves anxieux et les dépressifs. Des distinctions devraient être appliquées aux futurs programmes d'intervention en milieu scolaire car, bien que ces deux syndromes se ressemblent sur plusieurs plans, des distinctions claires ont été observées dans nos résultats, à la fois chez les garçons et les filles. Puisque l'anxiété n'est pas perçue par l'enseignant, une formation pourrait permettre de mieux cibler les élèves anxieux et déterminer quelles stratégies appliquer en classe, afin de réduire leur niveau d'anxiété.

En ce qui concerne le syndrome dépressif, les élèves semblent manifester plus de difficultés et il est clair qu'une intervention plus approfondie est nécessaire, à la fois en classe et sur le plan individuel. La forte corrélation entre l'anxiété et la dépression permet de croire qu'il y a lieu d'intervenir le plus tôt possible, avant que se développe un deuxième trouble pouvant aggraver le fonctionnement social, scolaire et personnel de l'adolescent.

La présente recherche comporte certaines limites. Premièrement, l'anxiété a été mesurée de manière générale, sans considérer les distinctions entre les différents troubles anxieux. Certains sous-types de syndromes anxieux sont peut-être présents dans notre échantillon, mais d'autres questionnaires seraient nécessaires pour le confirmer. De plus, l'étude d'une population sous-clinique, c'est-à-dire qui ne répond pas aux critères diagnostiques du trouble, apporte certains résultats, mais une autre étude, avec une autre population, pourrait révéler des résultats légèrement différents. Il faut donc être prudent dans leur interprétation.

De plus, un nombre restreint de sujets dans le groupe d'élèves dépressifs et non dépressifs invite à la prudence lors de l'interprétation des résultats obtenus dans ce groupe. Un dernier élément important dans l'interprétation des résultats est que la concomitance entre les deux troubles n'a pas été contrôlée dans cette étude, c'est-à-dire qu'elle n'a pas été considérée lors des analyses statistiques, alors qu'elle pourrait avoir une certaine influence sur la manifestation des syndromes anxieux et dépressif.

RÉFÉRENCES

- Albano, A. E., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2003). Childhood anxiety disorders. In B. A. Russell & E. J. Mash (Eds.), *Child Psychopathology* (p. 279-329). New York: Guilford Press.
- Angold, A., & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescent: Empirical, theoretical, and methodological issues. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1779-1791.
- Atkinson, M., & Hornby, G. (2002). *Mental health handbook for school*. New Fetter Lane, NY: Routledge Falmer.
- Avenevoli, S., & Steinberg, L. (2001). The continuity of depression across the adolescent transition. *Advances in Child Development and Behavior*, *38*, 139-173.
- Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxious and depressive disorder in child and adolescent. *Depression and Anxiety*, *14*, 67-78.
- Barrett, P. M., Lock, S. & Farrell, L. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *10*(4), 539-555.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (1998). *Protocoles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (2^e éd.). Paris : Masson.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1998). *BDI-II. Inventaire de Dépression de Beck*. Paris: Les éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Boyd, C. P., Kostanski, M., Gullone, E., Ollendick, T. H., & Shek, D. T. L. (2000). Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: Comparisons with worldwide data. *Journal of Genetic Psychology*, *161*(4), 479-492.
- Compas, B. E., & Oppedisano, G. (2000). Mixed anxiety/depression in childhood and adolescence In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Eds), *Handbook of*

Anxiété et dépression chez les adolescents

- developmental psychopathology* (2nd ed.) (p. 531-547). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Costello, E. J., Erkanli, A., Federman, E., & Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: Effects of timing and sex. *Journal of Clinical Psychology, 28*, 298-311.
- Dadds, M. R., & Roth, J. H. (2001). Family processes in the development of anxiety problems. In M. W. Vasey Dadds (Ed.), *The developmental psychopathology of anxiety* (p. 278-303). New York: Oxford University Press.
- Donnelly, M. (1999). Factors associated with depressed mood among adolescents in Northern Ireland. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 9*, 47-59.
- Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : Éditions De Boeck.
- Équipe de recherche en intervention psycho-éducative (LARIPE) (1989). *Échelle d'environnement familial*. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Fortin, L., Royer, É., Potvin, P., Marcotte, D., & Yergeau, É. (2004). La prédiction du risque de décrochage scolaire au secondaire : facteurs personnels, familiaux et scolaires. *Revue canadienne des sciences du comportement, 36*(3), 219-231.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale, XX*, 47-55.
- Galambos, N. L. (2004). Gender and role development in adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., p.587-626). New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 28-43.
- Graber, J. A. (2004). Internalizing problems during adolescence. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds), *Handbook of adolescent psychology* (2^e éd., p. 587-626). New Jersey: John Wiley and Sons, Inc.
- Hammen, C. & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorders. In B.A. Russell & E. J. Mash (Eds), *Child Psychopathology* (pp.233-278). New York: Guilford Press.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P., & Laippala, P. (2001). Adolescent depression: The role of discontinuities in the life course and social support. *Journal of Affective Disorders, 64*, 155-166.
- Kendall, P. C., Hedtke, K. A. & Aschenbrand, S. G. (2006). Anxiety disorders. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds), *Behavioral and emotional disorders in adolescents* (p. 259-299). New York: Guilford Publications.
- LeBlanc, M. (1994). *MASPAQ, Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*. Communication présentée au GRIP, École de psychoéducation, Université de Montréal.
- Locker, J., & Cropley, M. (2004). Anxiety, depression and self-esteem in secondary school children. *School Psychology International, 25*(3), 333-345.
- Manz, R., Junge, J., & Margraf, J. (2000). Anxiety and depression in students: A study in middle schools and high schools in Dresden. [Résumé obtenu par PsylInfo]: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 28*(4), 263-273.
- Marcotte, D. (2001). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes* (Tome I) (pp. 221-270). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Marcotte, D., Cournoyer, M., Gagné, M.-A., & Bélanger, M. (2005). Comparaison des facteurs personnels, scolaires et familiaux associés aux troubles intériorisés à la fin du primaire et au début du secondaire. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation, 8*(2), 57-67.
- Masi, G., Favilla, L., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2000). Depressive comorbidity in children and adolescents with generalised anxiety disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 30*(3), 205-215.
- Moos, R. H. & Moos, B. A. (1981). *Manual for the Family Environment Scale*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. H. & Trickett, E. J. (1987). *Classroom environment scale manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115 (3), 424-443.
- Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K. I. (1981). *The adolescent : A psychological self-portrait*. New York : Basic Books.
- Peterson, A. C., Crockett, L., Richards, M., & Boxer, A. (1988). A self report measure of pubertal status; Reliability, validity, and initial norms. *Journal of Youth and Adolescence*, 17, 117-133.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Reynolds W. M., & Johnston, H. F. (1994). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Plenum Press.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1998). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN : American Guidance Service.
- Roeser, R. W., & Eccles, J. S. (2000). Schooling and mental health. In A.J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (Eds), *Handbook of developmental psychopathology* (2nd ed.) (pp. 135-156). New York; Academic/Plenum Publishers.
- Rudolph, K. D., Hammen, C., & Daley, S. E. (2006). Anxiety disorders. In D. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds), *Behavioral and emotional disorders in adolescents* (pp. 259-299). New York: Guilford Publications.
- Seligman, L. D. & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 125-143.
- Shochet, I. M., Dadds, M. R., Ham, D., & Montague, R. (2006). School connectedness is an underemphasized parameter in adolescent mental health: Result of a community prediction study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(2), 170-179.
- Silverman, W. K., & Ginsburg, G. S. (2002). Specific phobia and generalized anxiety disorder. In J. S. March (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 151-180). New York: The Guilford Press.
- Stark, K. D., Humphrey, J. L., Livingston, R., & Christopher, J. (1993). Cognitive, behavioral, and family factors in the differentiation of depressive and anxiety disorders during childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 878-886.
- Steinhausen, H-C. (2006). Developmental psychopathology in adolescence: Findings from a Swiss study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 6-12.
- Strauss, C. C., Frame, C. L. & Forehand, R. (1987). Psychosocial impairment associated with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 137-141.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility for the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 263-273.
- Tremblay, R. E., & Desmarais-Gervais, L. (1979). Élaboration expérimentale d'une programmation pour enfants perturbés socio-affectifs (vol. 1, Doc D. Montréal. C.P.E.Q.).
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (2001). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*, (Tome 1) (pp. 190-218). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Verlaan, P., Cantin, S., & Boivin, M. (2001). L'Échelle de développement pubertaire : équivalence en langue française du « Pubertal Development Scale ». *Revue canadienne des sciences du comportement*. 33, 143-147.
- Weems, C. F., Silverman, W. K., Rapee, R. M., & Pina, A. A. (2003). The role of control in childhood anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 27(5), 557-568.
- Weissman, A., & Beck, A. T. (1978, avril). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Communication présentée à l'Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behaviour Therapy, Chicago.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151.

Anxiété et dépression chez les adolescents

RÉSUMÉ

Cette étude a pour objet de distinguer les variables associées aux syndromes anxieux et dépressif chez les élèves de première secondaire. Quatre cent quatre-vingt-onze élèves ont rempli des questionnaires qui abordent trois catégories de variables : personnelles/sociales, familiales et scolaires. Parmi celles-ci, les résultats montrent que les syndromes, tant anxieux que dépressif, sont plus significativement associés aux variables personnelles, notamment les distorsions cognitives, les sentiments dépressifs et anxieux et l'image corporelle. De plus, certaines variables expliquent mieux l'un ou l'autre de ces syndromes, ce qui permet de distinguer les différents facteurs de risque leur étant associés.

MOTS CLÉS

anxiété, dépression, facteurs de risque, élèves de l'école secondaire

ABSTRACT

The goal of the present study was to identify the variables associated with and predictive of anxiety and depressive syndromes in a sample of Grade 8 students. 491 students completed questionnaires in order to assess family, academic and personal variables linked to those disorders. Results showed that personal variables – especially cognitive distortions, depressive and anxiety feelings, and body image – were significantly associated with both anxious and depressive syndromes. Some variables provide a better explanation of either depression or anxiety. This allows us to distinguish specific risk factors for each syndrome.

KEY WORDS

anxiety, depression, risk factors, junior high school students

DISTORSIONS COGNITIVES ET SYMPTÔMES PRÉCURSEURS DE LA CONCOMITANCE DÉPRESSION / TROUBLES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ADOLESCENTS

COGNITIVE DISTORTIONS AND PRECURSOR SYMPTOMS OF COMORBIDITY BETWEEN DEPRESSION AND CONDUCT DISORDER IN ADOLESCENTS

Valérie Ouellette

Université du Québec à Montréal

Diane Marcotte¹

Université du Québec à Montréal

Depuis déjà quelques décennies, une augmentation considérable de la dépression et des troubles de comportement tels que le trouble des conduites et d'opposition avec provocation est rapportée chez les enfants et les adolescents (Dumas, 2002; Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001). Ces deux troubles sont les plus souvent rencontrés chez les jeunes qui consultent des professionnels de la santé mentale et ils ont de graves conséquences sur le développement de ces jeunes (Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey, & Grant, 1993).

Bien que ces troubles soient différents, ils se présentent souvent en même temps chez un même jeune, ce qui entraîne une accumulation de conséquences néfastes dans sa vie. En effet, ils vivent une détresse plus grande, ils sont plus à risque de présenter des difficultés d'adaptation et une récurrence de dépression, ils présentent plus de comportements suicidaires et d'abus de drogue (Kovacs, Paulauskas, Gatsonis, & Richards, 1988; Lewinsohn, Clarke, Seeley, & Rohde, 1994; Rohde, Clarke, Lewinsohn, Seeley, & Kaufman, 2001). De plus, la criminalité et la personnalité antisociale à l'âge adulte sont aussi associées à cette concomitance (Harrington, Fudge, Rutter, Pickles, & Hill, 1991).

Nous savons que la présence de symptômes dépressifs ou de trouble des conduites prédit respectivement l'apparition de ces troubles (Hammen & Rudolph, 2003). Toutefois, très peu d'études ont exploré les symptômes précurseurs de la concomitance de ceux-ci. Par ailleurs, plusieurs modèles théoriques appuient l'importance des facteurs cognitifs dans l'explication de la dépression, des troubles de comportement et de la concomitance de ces troubles (Beck, 1987; Dodge, 1993; Reinecke, 1995). Dans cet article, à la suite d'une description de chacun des troubles, nous présentons notre

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (Qc), H3C 3P8. Téléphone : (514) 987-3000. Télécopieur : (514) 987-7953. Courriel : marcotte.diane@uqam.ca
Cette étude a été réalisée grâce aux subventions du Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec (93894) et du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (410-2003-699). Un remerciement particulier est adressé aux élèves et au personnel des écoles ayant participé à l'étude.

étude qui explore les distorsions cognitives et les symptômes précurseurs de la concomitance de la dépression et des troubles de comportement.

DÉPRESSION

Au Québec, environ 16 % des élèves de deuxième secondaire (10 % des garçons et jusqu'à 25 % des filles) présentent un taux élevé de symptômes dépressifs (Marcotte, 2000). Avant l'adolescence, le nombre de garçons déprimés est égal, sinon supérieur à celui des filles (American Psychiatric Association, 2000). À l'adolescence, la tendance s'inverse pour un ratio de deux filles pour un garçon déprimé (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Cette augmentation chez les filles serait liée à leur faible estime de soi et à la maturation pubertaire qui amène des changements corporels moins appréciés par celles-ci que par les garçons (Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Hops, 1991; Marcotte, 1995). La synchronie entre l'arrivée de la puberté pour les filles et la transition primaire-secondaire s'ajoute à l'explication de la différence de prévalence de dépression entre les sexes à l'adolescence (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Ces deux événements de vie amènent un stress supplémentaire chez les filles. Leurs sentiments dépressifs sont aussi alimentés par la façon dont elles font face aux événements stressants de leur vie. En effet, les filles sont davantage passives, ruminent davantage et ont des styles attributionnels intériorisés, tandis que les garçons sont plus actifs et ont des stratégies d'adaptation instrumentales (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

TROUBLES DE COMPORTEMENT

Selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000), de 2 à 16 % des enfants et des adolescents présentent un trouble oppositionnel avec provocation. Par ailleurs, le trouble des conduites se retrouve chez 6 à 16 % des garçons et 2 à 9 % des filles. Le trouble oppositionnel avec provocation débute généralement avant l'âge de huit ans et il se développe rarement après l'adolescence. L'arrivée de l'adolescence est plutôt marquée par une augmentation du trouble des conduites (Cohen, Cohen, & Brook, 1993). Il y a toutefois un grand chevauchement entre ces deux troubles (Loeber & Keenan, 1994).

Avant la puberté, la prévalence du trouble oppositionnel avec provocation est supérieure chez les garçons, comparativement aux filles. Une telle différence entre les sexes existe aussi pour le trouble des conduites. Cependant, à l'adolescence, la différence entre garçons et filles semble diminuer, particulièrement pour le trouble oppositionnel avec provocation (American Psychiatric Association, 2000). En effet, selon Zoccolillo (1993), le trouble des conduites se retrouverait de 3 à 4 fois plus fréquemment chez les garçons que chez les filles.

CONCOMITANCE DÉPRESSION – TROUBLES DE COMPORTEMENT

Depuis les années 1980, plusieurs chercheurs ont étudié la prévalence de la concomitance dépression – troubles de comportement. Un consensus existe selon lequel il s'agit d'un phénomène très commun chez les enfants et les adolescents présentant un trouble dépressif ou un trouble des conduites (Lewinsohn & Essau, 2002). Toutefois, les recherches ne sont pas concluantes et les taux de prévalence varient beaucoup.

Concomitance chez les jeunes dépressifs

Selon Essau, Conradt et Petermann (2000), 58 % des jeunes dépressifs présentent un trouble concomitant. Cependant, les taux de prévalence d'enfants et d'adolescents dépressifs présentant un trouble de comportement concomitant se situeraient entre 8 % et 58 % (Ezpeleta, Granero, & Doménech, 2005; Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1991). Ces pourcentages sont toujours plus élevés dans les études en milieu clinique et lorsqu'on tient compte de la comorbidité à vie comparativement à la comorbidité concurrente.

Concomitance chez les jeunes en trouble de comportement

Les études épidémiologiques montrent que plus de la moitié des jeunes en trouble des conduites présentent simultanément un autre trouble (Offord, Boyle, & Racine, 1991). Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont trois à cinq fois plus fréquents chez les enfants et les adolescents manifestant un trouble des conduites que chez ceux qui n'en manifestent pas (Zoccolillo, 1992). Selon Zoccolillo, le taux de dépression chez les jeunes présentant un trouble des conduites est de 15 % à 31 %. Toutefois, les études effectuées en milieu clinique ou en centre de délinquance montrent des taux plus élevés, c'est-à-dire de 40,4 % à 52 % (Barriga, Landau, Stinson, Liau, & Gibbs, 2000; Ezpeleta et al., 2005).

Selon Loeber et Keenan (1994), la prévalence de la concomitance de la dépression et des troubles de comportement augmente de l'enfance à l'adolescence. Toutefois, il existerait des profils spécifiques à chaque sexe qui s'expliqueraient par des changements liés au sexe selon l'âge. Pour les garçons, il y aurait une diminution de la concomitance entre l'enfance et l'adolescence, tandis que le contraire se produirait chez les filles. La concomitance d'un trouble intériorisé (dépression, dysthymie ou anxiété) avec le trouble des conduites serait toujours plus fréquente chez les filles que chez les garçons (Zoccolillo, 1993). Cependant, les garçons dépressifs auraient un taux plus élevé de trouble des conduites concomitant que les filles dépressives (Kessler et al., 2001).

SÉQUENCE D'APPARITION DES TROUBLES

Bien qu'il y ait consensus chez les chercheurs quant à une augmentation marquée de la prévalence de la dépression, du trouble des conduites et de leur concomitance, spécialement chez les filles, lors de l'arrivée de l'adolescence, on ne sait pas lequel des troubles apparaît avant l'autre (Birmaher et al., 1996). Certains affirment que la dépression est un précurseur du trouble des conduites débutant à l'adolescence (Masten, 1988; Puig-Antich, 1982), ceci particulièrement pour les garçons (McGee, Feehan, Williams, & Anderson, 1992). D'autres chercheurs affirment plutôt que c'est le trouble des conduites qui est précurseur de la dépression chez certains enfants (Holmes & Robins, 1987; Rohde et al., 1991).

Par ailleurs, il est difficile d'établir la séquence d'apparition de chacun des troubles (dépression, trouble des conduites) à partir de l'âge moyen d'apparition de ceux-ci. En effet, selon Lewinsohn, Rohde, Seeley et Hops (1991) la dépression apparaît en moyenne à 14,4 ans ($ÉT = 2,7$), alors que la période la plus à risque pour le développement d'un trouble des conduites est entre 11 et 14 ans (Kovacs et al., 1988). Seul le trouble d'opposition avec provocation apparaît plus tôt (avant 8 ans). Il faut mentionner cependant que très peu d'études portent sur la concomitance de ce dernier trouble et de la dépression.

DISTORSIONS COGNITIVES ASSOCIÉES

Plusieurs modèles théoriques appuient l'importance des facteurs cognitifs dans l'explication de la dépression, des troubles de comportement et de la concomitance de ces troubles (Beck, 1987; Dodge, 1993; Reinecke, 1995). Bien que les distorsions cognitives soient au cœur de ces théories, très peu d'études ont tenté de vérifier le rôle de celles-ci dans l'apparition et le développement de la concomitance de la dépression et des troubles de comportement.

Troubles intériorisés

Quelques études ont exploré les distorsions cognitives liées au modèle de Beck chez les jeunes dépressifs, ceux qui manifestent un trouble des conduites et ceux qui présentent une concomitance des deux troubles. Dans l'étude d'Epkins (2000) réalisée auprès d'enfants de 8 à 12 ans, les distorsions cognitives de *catastrophisation*, de *surgénéralisation*, de *personnalisation* et d'*abstraction sélective* (selon le *Children's Negative Cognitive Error Questionnaire*, CNCEQ; Leitenberg, Yost, & Carroll-Wilson, 1986) se sont révélées être spécifiques aux troubles intériorisés (dépression et anxiété). De plus, les résultats montrent que pour chacune des sous-échelles, le groupe concomitant (troubles intériorisés et troubles

extériorisés) ressemble au groupe intériorisé et se différencie des groupes contrôle et extériorisé.

Selon une autre étude réalisée par Lévesque et Marcotte (2005), les distorsions cognitives liées à la *réussite* et à la *dépendance* (selon l'*Échelle des attitudes dysfonctionnelles*; Weissman & Beck, 1978) sont associées aux symptômes dépressifs et à la concomitance des symptômes dépressifs et des troubles de comportement. Les élèves présentant ceux-ci se distinguent des jeunes ne présentant aucun trouble et de ceux en trouble des conduites ou délinquants. Enfin, une dernière étude montre que les adolescents présentant un nombre élevé de symptômes dépressifs et de conduites délinquantes sont plus nombreux à présenter ces distorsions cognitives comparativement aux jeunes ne présentant aucun trouble. Ils ne diffèrent toutefois pas des jeunes du groupe de jeunes dépressifs ou du groupe présentant des conduites délinquantes (Marcotte, Marcotte, & Bouffard, 2002). Ces dernières études ont une limite commune, c'est-à-dire qu'elles évaluent les distorsions cognitives à partir d'un seul instrument, développé pour évaluer ces dernières en lien avec la dépression.

Troubles extériorisés

Les distorsions cognitives associées aux troubles extériorisés sont réparties en deux grandes catégories : primaires et secondaires (Gibbs, 1991). La première comprend les attitudes dysfonctionnelles *centrées sur soi* (faire ce qu'on veut, comme on le veut et quand on le veut selon ses désirs). Ce type de biais découle de l'égoïsme de la pensée et diminue avec l'âge (Barriga, Gibbs, Potter, & Liau, 2001). Trois types de distorsions cognitives secondaires serviraient à rationaliser un comportement avant ou à la suite de la transgression de règles. Elles diminueraient ainsi la culpabilité, le stress lié aux distorsions cognitives primaires et elles préviendraient l'atteinte de l'image de soi (Barriga et al., 2001; Gibbs, 1991). Le premier type est de *blâmer les autres*. Le deuxième est la *minimisation*, c'est-à-dire considérer que les comportements antisociaux n'ont pas de conséquences négatives, qu'ils sont acceptés, voire admirés, ou encore rabaisser les autres. Enfin, le dernier type de distorsions cognitives est de *présumer le pire*, c'est-à-dire d'attribuer des intentions hostiles aux autres sans que ce ne soit le cas ou s'imaginer le pire scénario et croire que cela est inévitable.

À notre connaissance, seules deux études ont exploré les liens entre les distorsions cognitives liées au trouble des conduites, à la dépression et à la concomitance de ceux-ci. À partir du questionnaire *How I Think* (Gibbs, Barriga, & Potter, 2001), Barriga et ses collaborateurs (2000) ont trouvé que les distorsions cognitives de *présumer le pire*, de la *pensée centrée sur soi*, de la *minimisation* et de *blâmer les autres* prédisaient les

troubles extériorisés. De plus, les distorsions cognitives de *catastrophisation*, de *surgénéralisation*, de *personnalisation* et de *abstraction sélective* (CNCEQ; Leitenberg et al., 1986) prédisaient les troubles intériorisés. Enfin, les jeunes manifestant une concomitance des troubles extériorisés et intériorisés présentaient les deux types de distorsions.

L'autre étude a été réalisée auprès d'adolescents délinquants (Frey & Epkins, 2002). Les adolescents délinquants agressifs qui présentaient aussi un trouble intériorisé avaient plus de distorsions d'*abstraction sélective*, de *surgénéralisation* et de *catastrophisation* comparativement aux adolescents délinquants non agressifs et sans trouble intériorisé. Les résultats au questionnaire *How I Think* montrent que les adolescents agressifs et ayant un trouble intériorisé présentent plus de distorsions cognitives aux sous-échelles *présumer le pire* et *blâmer les autres* comparativement aux adolescents délinquants non agressifs et ne présentant pas de trouble intériorisé. Ils présentent aussi plus de distorsions à l'échelle *présumer le pire* que les adolescents délinquants non agressifs présentant un trouble intériorisé.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Le premier objectif est de déterminer, pour chaque sexe et à partir de données longitudinales sur trois ans, lesquels des symptômes, dépressifs ou des troubles de comportement, sont précurseurs de la concomitance de ces troubles. Le deuxième objectif est d'identifier les distorsions cognitives prédictives de l'apparition de chacune des problématiques ainsi que de leur concomitance, et cela, pour chaque sexe.

MÉTHODE

Participants

Comme la dépression et le trouble des conduites apparaissent en moyenne entre 11 et 14 ans (Lewinsohn et al., 1991; Kovacs et al., 1988), cette étude longitudinale est réalisée auprès d'élèves francophones de ce groupe d'âge. Un échantillon populationnel initial de 499 élèves (260 garçons et 239 filles) participe à l'étude alors qu'ils sont en 6^e année au temps 1 (automne 2003). Ils proviennent de la rive sud de Montréal et de la rive sud de Trois-Rivières. Au temps 2 (automne 2004), les élèves sont en première secondaire. Au temps 3 de l'étude (2^e secondaire, automne 2005), les participants sont répartis en trois groupes. Des groupes d'adolescents sans trouble, dépressifs, en troubles de comportement (trouble des conduites et/ou trouble d'opposition avec provocation) et concomitants (dépression et troubles de comportement) sont formés selon leurs résultats à l'entrevue informatisée *Dominique Interactif Adolescent*

(Valla, Bergeron, & St-Georges, 1998) au temps 3 de l'étude. L'échantillon final inclut 239 participants (112 filles et 127 garçons).

Procédures

Un formulaire de consentement rempli par les parents a été obtenu. Les mesures indépendantes ont été complétées chaque automne dans les classes régulières pendant une durée de 45 minutes. Au printemps, les enseignants sont aussi invités à compléter un questionnaire. Les participants qui présentent des symptômes précurseurs des troubles dépressifs (score de 15 et plus à l'*Inventaire de dépression de Beck*) ou des troubles de comportement (score de cinq et plus au *Système d'évaluation des comportements pour enfants* ou nomination par l'enseignant) sont dépistés à partir de mesures auto-évaluatives et de mesures complétées par les enseignants. Ces adolescents sont invités à réaliser l'entrevue informatisée *Dominique Interactif Adolescent*. L'échantillon est ainsi constitué de façon progressive, si bien que le nombre de jeunes dans les groupes à risque augmente à chaque temps de l'étude.

Instruments

Symptômes précurseurs de dépression

Afin d'évaluer les symptômes précurseurs du trouble dépressif, l'*Inventaire de dépression de Beck 2* est utilisé (IDB-II; Beck, Steer, & Brown, 1996, 1998). Ce questionnaire comporte 21 énoncés mesurant la sévérité et la variation des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. Le participant doit choisir l'énoncé qui correspond le mieux à son état actuel parmi quatre choix. La consistance interne est satisfaisante (coefficient alpha > .90) (Bouvard & Cottraux, 2002).

Symptômes précurseurs de troubles de comportement

Les symptômes précurseurs de troubles de comportement sont évalués à l'aide du *Système d'évaluation des comportements pour enfants* — version enseignant, échelle trouble des conduites (BASC; Reynolds & Kamphaus, 1999; traduction par Marcotte, en préparation). Celle-ci permet d'évaluer les symptômes, particulièrement en lien avec l'école. Elle est complétée par l'enseignant qui doit répondre à 12 énoncés sur une échelle en quatre points (J = Jamais, P = Parfois, S = Souvent, T = Presque toujours). Cet instrument a démontré une bonne consistance interne (les alphas sont tous au-dessus de .80) et une fidélité test-retest adéquate (corrélations test-retest de .70 à .89) (Reynolds & Kamphaus, 1998). La consistance interne de cette échelle dans une étude antérieure (Lévesque & Marcotte, 2005) était de .85 pour un groupe d'adolescents francophones. La version française a été validée par Marcotte (en préparation) auprès

d'une population de 1046 adolescents québécois. Les coefficients de consistance interne obtenus sont très satisfaisants (alphas de .74 à .91).

Distorsions cognitives

La version courte du *How I Think Questionnaire* (HIT; Gibbs et al., 2001; traduction française par Marcotte, en préparation) est utilisée afin d'évaluer les distorsions cognitives en lien avec les troubles extériorisés. Elle contient 16 questions et une échelle de réponse de type Likert allant de *tout à fait en accord* à *tout à fait en désaccord*. Les résultats se divisent en quatre sous-échelles, soit la minimisation, la pensée centrée sur soi, blâmer les autres et présumer le pire. Pour la version longue (54 questions), la fidélité test-retest ($r = .91$) (Barriga & Gibbs, 1996) ainsi que la consistance interne (alphas de .63 à .96) sont élevées. Le questionnaire a été validé sur une population d'adolescents.

L'*Échelle des attitudes dysfonctionnelles* (DAS; Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam, & Beck, 1994; Weissman & Beck, 1978) permet de mesurer les distorsions cognitives en lien avec les troubles intériorisés. Cet instrument contient 24 énoncés répartis en trois sous-échelles (réussite, dépendance et autocontrôle). Le choix de réponse se fait sur une échelle de type Likert en sept points. Les coefficients de consistance interne varient de .63 à .76 chez un échantillon d'adolescents francophones (Marcotte, Marcotte, & Bouffard, 2002).

Dominique Interactif Adolescent

La présence du trouble dépressif, des conduites et du trouble oppositionnel avec provocation est évaluée à l'aide du *Dominique Interactif Adolescent* (Valla et al., 1998). Il s'agit d'une bande dessinée interactive et multimédia servant à évaluer, à l'aide d'images et de questions transmises par système vocal, sept troubles de la santé mentale chez les jeunes. Cet instrument ne permet pas le diagnostic formel des troubles de santé mentale, mais s'en approche de très près, plus que les autres instruments puisque l'évaluation respecte très étroitement les critères du DSM-IV (APA, 2000). L'élève doit répondre par oui ou non selon qu'il agit ou pense comme Dominique, un adolescent placé dans diverses situations. La sous-échelle dépression comporte 19 questions se rapportant aux critères du DSM-IV. Un seuil de neuf est utilisé pour identifier le groupe de jeunes dépressifs. La sous-échelle trouble des conduites comprend 15 énoncés et un seuil de trois est utilisé. Enfin, l'échelle du trouble oppositionnel avec provocation est constituée de neuf questions et un seuil de cinq est utilisé. Ces critères respectent ceux retenus par les auteurs du Dominique et ont été discutés explicitement avec ces derniers afin de se rapprocher le plus possible de la sélection de sous-échantillons représentatifs de la prévalence des troubles de santé mentale chez la population adolescente.

Au cours des quinze dernières années, plusieurs études ont vérifié les qualités psychométriques de versions papiers et informatisées du Dominique (Smolla, Valla, Bergeron, Berthiaume, & St-Georges, 2004; Valla, Bergeron, Bérubé, Gaudet, & St-Georges, 1994; Valla, Bergeron, Bidaut-Russel, St-Georges, & Gaudet, 1997; Valla, Bergeron, & Smolla, 2000). Ces études montrent que chez les adolescents (12-16 ans), la combinaison d'images et de questions courtes mesurant un symptôme à la fois augmente considérablement la fidélité test-retest (coefficient de corrélation de .87 pour l'échelle de dépression) comparativement aux entrevues d'évaluation traditionnelles (Breton, Bergeron, Valla, Lépine, Houde, & Gaudet, 1995; Loney & Frick, 2003; Smolla et al., 2004; Valla et al., 2000).

RÉSULTATS

Les symptômes précurseurs de la concomitance ont été analysés à l'aide de pourcentages, d'un test chi-carré et de régressions multiples hiérarchiques. De telles régressions ont aussi été utilisées afin d'identifier les distorsions cognitives prédictives de l'apparition de chacun des troubles et de leur concomitance.

Au troisième temps de l'étude (deuxième secondaire), 26 participants (quinze filles et onze garçons) forment le groupe concomitant. Pour 34,6 % de ce groupe, les deux troubles sont apparus au temps 3. Il n'a donc pas été possible de les inclure dans les analyses visant à examiner la séquence d'apparition. De plus, pour 11,5 % de notre échantillon, la trajectoire des troubles s'avère instable pour les trois temps de l'étude et il est impossible de les analyser. Enfin, les résultats montrent que pour 71,4 % (87,5 % des filles et 50 % des garçons) des participants du groupe concomitant, la dépression précédait les troubles de comportement. Inversement, les troubles de comportement précédaient la dépression dans 28,6 % (12,5 % des filles et 50 % des garçons) des cas. Cependant, la différence entre ces pourcentages n'est pas significative [$\chi^2(1, 14) = 2,57, p > .05$].

Concomitance

Une régression multiple hiérarchique a été réalisée sur l'ensemble de l'échantillon pour chaque sexe afin de déterminer lesquels des symptômes de dépression ou de troubles de comportement (TC) prédisaient la concomitance. Ensuite, les distorsions cognitives (DC) intériorisées (dépendance et réussite) et extériorisées (présumer le pire, blâmer les autres, pensée centrée sur soi et minimisation) en 6^e année et en 1^{ère} secondaire, ou en 2^e secondaire, sont introduites à l'équation de régression afin de vérifier leur contribution respective.

Concomitance dépression/trouble des conduites

Les résultats présentés au Tableau 1 montrent que chez les garçons, les symptômes de dépression et de TC aux temps 1 et 2 expliquent 18 % de la variance de concomitance en 2^e secondaire. De plus, les distorsions cognitives extériorisées et intériorisées en 1^{ère} secondaire expliquent 23 % de cette variance et améliorent significativement la prédiction du niveau de concomitance [$F(2, 82) = 16, p < .001$]. Enfin, les distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire (temps 3) expliquent 5 % de la variance et améliorent le modèle de prédiction [$F(1, 81) = 7,77, p < .01$]. Dans l'ensemble, le modèle explique 43 % de la variance de concomitance et prédit celle-ci [$F(5, 81) = 13,96, p < .001$].

Chez les filles, comme l'indique le Tableau 2, lorsque le nombre de symptômes précurseurs de dépression ou les distorsions cognitives extériorisées au temps 3 augmentent, la concomitance augmente. Ce modèle explique 38 % de la variance de concomitance en 2^e secondaire et prédit celle-ci [$F(2, 103) = 31,57, p < .001$]. Les symptômes dépressifs antérieurs expliquent 29 % de la variance et les distorsions cognitives extériorisées au temps 3 expliquent 9 % de la variance. L'ajout de cette dernière variable améliore significativement la prédiction du niveau de concomitance en 2^e secondaire [$F(1, 103) = 15,31, p < .001$].

Tableau 1

Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année et 1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.) sur le niveau de concomitance en 2^e secondaire chez les garçons

Variabiles	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.05	.04	.09	.18***
Symptômes de TC	.07	.03	.19	
D.C. intériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.08	.03	.20	.23***
D.C. extériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.62	.29	.24	
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	.77	.28	.33	.05**

$R^2 = .46$
 R^2 ajusté = .43
 $R = .68$ ***

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 2

Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année et 1^{ère} secondaire)
et des distorsions cognitives (D.C.) sur le niveau de concomitance en
2^e secondaire chez les filles

Variabes	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.23	.04	.45	.29***
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	1.03	.26	.32	.09***

$R^2 = .37$
 R^2 ajusté = .38
 $R = .62$ ***

*** $p < .001$.

Dépression

Afin de vérifier les distorsions cognitives prédictives de la dépression, une régression multiple hiérarchique est réalisée pour chaque sexe. La présence de symptômes précurseurs est contrôlée.

Comme l'indique le Tableau 3, chez les garçons, les symptômes antérieurs de dépression expliquent 18 % de la variance de dépression en 2^e secondaire. De plus, les distorsions cognitives intériorisées et extériorisées en 1^{ère} secondaire expliquent 11 % de la variance, ce qui améliore significativement la prédiction du niveau de dépression l'année suivante [$F(2, 88) = 6,87, p < .01$]. Enfin, les distorsions cognitives intériorisées en 2^e secondaire (temps 3) améliorent aussi la prédiction du niveau de dépression pendant cette même année [$F(1, 87) = 6,84, p < .05$] et expliquent 5 % de la variance de celle-ci. Dans l'ensemble, le modèle prédit le niveau de dépression [$F(4, 87) = 11,47, p < .001$] et explique 32 % de sa variance en 2^e secondaire.

Chez les filles, la variance de dépression en 2^e secondaire est expliquée à 24 % par les symptômes de dépression en 6^e année et en 1^{ère} secondaire. Les distorsions cognitives extériorisées que présente l'adolescente en 2^e secondaire expliquent 4 % de cette variance et améliorent significativement la prédiction du niveau de dépression [$F(1, 103) = 5,48, p < .05$]. Le modèle explique 27 % de la variance de dépression en 2^e secondaire et prédit significativement le niveau de dépression [$F(2, 103) = 19,82, p < .001$]. Tel que l'indique le Tableau 4, la valeur positive des bêtas indique que si le nombre de symptômes de dépression antérieurs ou de distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire augmente, le niveau de dépression augmentera aussi.

Concomitance dépression/trouble des conduites

Tableau 3

Régression multiple hiérarchique des symptômes
(en 6^e année et 1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.)
sur la dépression en 2^e secondaire chez les garçons

Variabiles	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.07	.02	.32	.18***
D.C. intériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.02	.02	.11	.11**
D.C. extériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.23	.11	.19	
D.C. intériorisées, 2 ^e secondaire	.05	.02	.27	.05*

$R^2 = .35$
 R^2 ajusté = .32
 $R = .59$ ***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Tableau 4

Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année et
1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.)
sur la dépression en 2^e secondaire chez les filles

Variabiles	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.13	.03	.44	.24***
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	.41	.17	.20	.04*

$R^2 = .28$
 R^2 ajusté = .27
 $R = .653$ ***

* $p < .05$. *** $p < .001$.

Troubles de comportement (TC)

Finalement, une régression multiple hiérarchique est réalisée pour chaque sexe afin de vérifier les distorsions cognitives prédictrices des TC. La présence de symptômes précurseurs est contrôlée.

Chez les garçons en 2^e secondaire, selon le modèle de régression obtenu (Tableau 5), les TC sont prédits par les symptômes de TC en 6^e année et 1^{ère} secondaire, par les distorsions cognitives extériorisées et intériorisées en 1^{ère} secondaire et par les distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire [$F(4, 82) = 16,45$, $p < .001$]. Ce modèle

Tableau 5
 Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année
 et 1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.)
 sur les TC en 2^e secondaire chez les garçons

Variabes	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de TC	.02	.01	.21	.09**
D.C. intériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.01	.01	.18	.29***
D.C. extériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.12	.05	.24	
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	.16	.05	.36	.07**
				$R^2 = .45$
				R^2 ajusté = .42
				$R = .67***$

** $p < .01$. *** $p < .001$.

explique 42 % de la variance de TC en 2^e secondaire. Les symptômes de TC antérieurs expliquent 9 % de la variance, tandis que les distorsions cognitives en 1^{ère} secondaire expliquent 29 % de la variance. L'ajout de ces dernières améliore significativement le modèle [$F(2, 83) = 19,42, p < .001$]. Enfin, les distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire améliorent également le modèle [$F(1, 82) = 9,68, p < .01$] et expliquent 7 % de la variance de TC cette même année.

Finalement, chez les filles, la variance de TC est expliquée à 27 % par les symptômes antérieurs de dépression. Les distorsions cognitives extériorisées en 1^{ère} secondaire expliquent 5 % de cette variance et améliorent significativement le modèle [$F(1, 71) = 4,97, p < .05$]. Enfin, la présence de ces distorsions cognitives en 2^e secondaire explique 8 % de la variance et améliore aussi le modèle [$F(1, 70) = 9,88, p < .01$]. Celui-ci explique 38 % de la variance de TC en 2^e secondaire et prédit significativement le niveau de TC [$F(3, 70) = 15,84, p < .001$]. Plus le nombre de symptômes de dépression antérieurs augmente ou plus le nombre de distorsions cognitives extériorisées en 1^{ère} ou 2^e secondaire augmente, plus le niveau de TC sera élevé (voir Tableau 6).

DISCUSSION

Prédiction de la concomitance

Le premier objectif de cette étude était de déterminer, pour chaque sexe, lesquels des symptômes dépressifs ou des troubles de comportement (TC) sont précurseurs de la concomitance de ces troubles. Nos résultats montrent d'abord que pour le tiers des participants, aucun

Concomitance dépression/trouble des conduites

Tableau 6

Régression multiple hiérarchique des symptômes (en 6^e année et 1^{ère} secondaire) et des distorsions cognitives (D.C.) sur les TC en 2^e secondaire chez les filles

Variabes	B	SE B	β	Δr^2
Symptômes de dépression	.03	.01	.35	.27***
D.C. extériorisées, 1 ^{ère} secondaire	.03	.06	.05	.05*
D.C. extériorisées, 2 ^e secondaire	.20	.06	.37	.08**

$R^2 = .40$
 R^2 ajusté = .38
 $R = .64$ ***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

symptôme précurseur n'est présent en 6^e année ni en 1^{ère} secondaire. Ainsi, pour ces adolescents, les deux troubles émergeaient de façon plus ou moins simultanée. Ensuite, bien que les résultats des analyses de pourcentages de notre étude ne permettent pas de confirmer les séquences d'apparition des troubles concomitants, ils démontrent une tendance chez les filles à développer un trouble dépressif précédant la concomitance dépression/TC. Chez les garçons, la séquence d'apparition apparaît beaucoup moins clairement, la répartition des participants se divisant presque également entre les deux trajectoires possibles, à savoir que le trouble dépressif tout comme les TC peuvent précéder l'apparition de la concomitance. Ces résultats s'orientent différemment de ceux de Rohde et al. (1991) ou ceux de Puig-Antich (1982).

Comme l'indiquent Wolff et Ollendick (2006) dans leur revue des écrits sur la concomitance dépression/TC, la plupart des recherches étudiant la séquence d'apparition des troubles chez les concomitants se basent sur la présence ou non des troubles en question. Selon eux, il serait pertinent d'étudier la symptomatologie avant même que les troubles n'apparaissent. Des analyses de régressions multiples sur l'ensemble de l'échantillon ont donc été effectuées. En tenant compte du sexe, les résultats montrent que chez les garçons, bien que les symptômes de dépression et de TC en 6^e année et 1^{ère} secondaire prédisent le niveau de concomitance de ces troubles en 2^e secondaire, l'importance des symptômes de TC antérieurs comme prédicteurs est prépondérante. Chez les filles, ce sont les symptômes antérieurs de dépression qui sont précurseurs du niveau de concomitance. Ce qui laisse croire à une séquence d'apparition dépression-concomitance chez celles-ci. Cette séquence s'oriente dans le sens opposé de l'étude de Kazdin (1995) selon laquelle les filles ont plus

tendance à développer un trouble dépressif à la suite d'un trouble des conduites.

Selon Quiggle, Garber, Panak et Dodge (1992), les adolescents présentant cette concomitance se diviseraient en deux groupes : un ressemblerait plus aux jeunes dépressifs, mais développerait des cognitions agressives par la suite, alors que l'autre ressemblerait plus aux jeunes agressifs, mais développerait, par la suite, des distorsions cognitives dépressives. Des distorsions cognitives extériorisées et intériorisées ont donc été ajoutées aux modèles prédictifs pour chaque sexe.

Chez les filles, pour qui les symptômes dépressifs antérieurs prédisaient le niveau de concomitance, les résultats montrent que c'est l'ajout des distorsions cognitives extériorisées qui améliore la prédiction. Ces filles auraient donc des symptômes dépressifs, mais développeraient ensuite des distorsions cognitives extériorisées et des symptômes de troubles de comportement s'ajouteraient alors à leurs symptômes dépressifs. Ceci va dans le sens de l'hypothèse de Quiggle et ses collaborateurs (1992). Toutefois, contrairement aux filles, les résultats chez les garçons montrent que ce sont les distorsions cognitives tant intériorisées qu'extériorisées en 1^{ère} secondaire qui prédisent le niveau de concomitance en 2^e secondaire. Par contre, en 2^e secondaire, seules les distorsions cognitives extériorisées prédisent le niveau de concomitance. Bien que nos résultats ne permettent pas de confirmer l'hypothèse de Quiggle et ses collaborateurs (1992), ils montrent l'importance de certaines variables prédictives du niveau de concomitance et ils font ressortir des différences de genre dans la prédiction de ce trouble.

Les études antérieures montrent que les adolescents du groupe concomitant présentent plus de distorsions cognitives de réussite et de dépendance comparativement à un groupe sans dépression ni trouble de comportement (Lévesque & Marcotte, 2005; Marcotte et al., 2002). Toutefois, aucune étude n'avait encore vérifié si ces distorsions prédisaient la concomitance. Nos résultats montrent que, bien que chez les filles ces distorsions n'aient pas d'impact sur la concomitance, chez les garçons, la présence de ces distorsions en 1^{ère} secondaire prédit le niveau de concomitance.

Enfin, les études antérieures montraient aussi que les adolescents du groupe concomitant présentaient plus de distorsions cognitives extériorisées comparativement aux adolescents sans trouble et dépressifs et que ces distorsions prédisaient la concomitance (Barriga et al., 2000). Les résultats de notre étude sont en concordance avec ces derniers, autant chez les filles que chez les garçons.

Dépression et troubles de comportement

Le deuxième objectif de cet article visait à identifier, pour chaque sexe, les distorsions cognitives prédictives de l'apparition de chacun des troubles.

Pour la dépression, en concordance avec les études antérieures (Lévesque & Marcotte, 2005), les résultats indiquent que les distorsions cognitives de dépendance et de réussite en 1^{ère} et 2^e secondaire sont prédictives de la dépression en 2^e secondaire chez les garçons. Toutefois, les résultats montrent aussi que les distorsions cognitives extériorisées en 1^{ère} secondaire sont aussi prédictives de la dépression chez les garçons. Il semble donc que plus les garçons ont des pensées dysfonctionnelles intériorisées et extériorisées en 1^{ère} secondaire, plus ils sont à risque de vivre un niveau élevé de dépression en 2^e secondaire, mais aussi que le niveau de dépression sera encore plus marqué si les pensées dysfonctionnelles intériorisées perdurent jusqu'en 2^e secondaire.

Chez les filles, de façon surprenante et contrairement aux études antérieures (Lévesque & Marcotte, 2005; Marcotte et al. 2002), les distorsions cognitives intériorisées ne prédisent pas le niveau de dépression subséquent. Il faut mentionner cependant que les résultats de ces études ont été obtenus auprès de filles d'âge moyen de 14 à 15 ans, alors que l'âge moyen des filles de notre échantillon est de 13,4 ans, ce qui pourrait expliquer la différence entre les résultats de ces études et l'étude présente. Nos résultats vont cependant dans le sens d'une autre étude récente de Lévesque et Marcotte (sous presse). Selon leurs résultats, les distorsions cognitives de dépendance et de réussite prédisent les symptômes dépressifs seulement chez les garçons.

Nos résultats montrent que seules les distorsions cognitives extériorisées en 2^e secondaire prédisent la dépression cette même année chez les filles. Des résultats obtenus à partir de ce même échantillon (Marcotte, en préparation) montrent que les enseignants considéraient ces filles plus agressives en 6^e année en comparaison aux filles qui ne sont pas devenues dépressives deux ans plus tard. De plus, ces filles rapportaient plus d'actes délinquants en 6^e année comparativement aux filles non dépressives. Leur agressivité semble toutefois diminuer en 2^e secondaire puisque les enseignants les considèrent à ce moment comme moins agressives en comparaison aux filles non dépressives. Selon Dumas (2002), les enfants à risque de troubles de comportement gèrent leurs émotions différemment selon leur sexe et selon le contexte. Tandis qu'il serait normal qu'un garçon manifeste de l'agressivité, les filles apprendraient que la colère et l'opposition ne sont pas tolérées de leur part dans notre société. Une hypothèse explicative à nos résultats serait donc que certaines filles qui ressentent ou manifestent de l'agressivité seraient

portées à se conformer et à ne pas exprimer celle-ci afin de répondre aux standards sociaux. Cependant, elles présenteraient tout de même les distorsions cognitives qui y sont reliées et développeraient des symptômes de dépression. Ceux-ci constitueraient une expression des émotions négatives plus acceptable pour les filles dans notre société.

Pour ce qui est des troubles de comportement, chez les filles comme chez les garçons, ce sont les distorsions cognitives extériorisées en 1^{ère} et 2^e secondaire qui les prédisent, confirmant ainsi les résultats de Barriga et ses collaborateurs (2000). Toutefois, chez les garçons, les distorsions cognitives intériorisées en 1^{ère} secondaire prédisent aussi les TC. Il semble donc que chez les garçons, lorsque le nombre ou l'intensité des distorsions cognitives extériorisées et intériorisées augmente en 1^{ère} secondaire, le niveau de TC en 2^e secondaire augmente aussi. De plus, si les distorsions cognitives extériorisées perdurent en 2^e secondaire, le niveau de TC augmentera encore davantage.

Nos résultats démontrent qu'il est important de tenir compte du sexe dans l'étude des troubles et de leur concomitance. En comparant les sexes dans l'étude des symptômes précurseurs de la concomitance, notre étude soutient l'hypothèse de plusieurs chercheurs selon laquelle il y aurait des patrons de développement de la concomitance différents selon le sexe (Loeber & Keenan, 1994). L'analyse des séquences d'apparition des *troubles* (à proprement dit) selon le sexe n'a toutefois pas été possible en raison d'un échantillon trop petit. Des études épidémiologiques seraient donc nécessaires afin d'examiner les séquences d'apparition à partir d'échantillons plus larges.

Cette étude utilise l'une des meilleures mesures québécoises existantes pour évaluer la santé mentale des adolescents, le *Dominique Interactif Adolescent*, et explore pour la première fois les liens entre les résultats à cette entrevue interactive et les distorsions cognitives. Toutefois, l'absence de corrélation chez les filles entre la dépression telle que mesurée par cet instrument et les distorsions cognitives de dépendance et de réussite contredit les résultats des études antérieures et souligne l'importance de répéter de telles recherches.

Les informations obtenues de cet instrument ne provenant que d'un répondant, ceci limite également la généralisation des résultats, particulièrement pour l'identification des troubles de l'opposition et des conduites qui font habituellement l'objet d'une évaluation externe plutôt qu'auto-identifiée.

Malgré ces limites, mentionnons que la présente étude s'intéresse au domaine encore peu exploré des symptômes et distorsions cognitives précurseurs de la concomitance de la dépression et des TC. De plus,

contrairement à la majorité des quelques études antérieures, cette recherche ne se limite pas à l'étude des distorsions cognitives intériorisées, mais tient compte également des distorsions cognitives extériorisées dans l'étude de la prédiction de la dépression, des TC et de la concomitance de ces deux troubles.

CONCLUSION

Les résultats obtenus dans cette étude chez les filles soulignent l'importance de reconnaître les symptômes dépressifs dès la sixième année et d'agir afin d'éviter les conséquences négatives liées aux troubles dépressif ou de comportement ou à leur concomitance qui risquent de survenir si aucune intervention n'est offerte. Rutter (1997) de même qu'Achenbach (1995) soulignent l'importance de tenir compte de la concomitance pour comprendre l'étiologie, le développement et le traitement des troubles psychiatriques tels que la dépression ou le trouble des conduites.

Les résultats de cette étude permettent aussi de constater l'importance des distorsions cognitives, particulièrement le fait de minimiser, de présumer le pire, de blâmer les autres et d'avoir une pensée centrée sur soi. Ces distorsions prédisent, chez les deux sexes, autant la dépression ou les TC que la concomitance des deux.

Enfin, les résultats montrent aussi que la présence de distorsions cognitives chez les garçons en première secondaire est préoccupante puisqu'elle prédit autant la dépression ou les TC que la concomitance des deux. Une fois de plus, soulignons l'importance de traiter des distorsions cognitives intériorisées, mais aussi extériorisées, dans les programmes de traitement et de prévention de la dépression, mais aussi dans ceux pour les TC chez les adolescents. De futures recherches menées auprès de plus grands échantillons permettraient de préciser les modèles prédictifs de chacun de ces troubles et de leur concomitance chez les adolescents et les adolescentes.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Achenbach, T. M. (1995). Diagnosis, assessment, and comorbidity in psychosocial treatment research. *Journal of Abnormal Child Psychology, Special Issue, 23*(1), 45-65.
- Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary evaluation of the *How I Think Questionnaire*. *Aggressive Behavior, 22*, 333-343.
- Barriga, A. Q., Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Liao, A. K. (2001). *How I Think (HIT) questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Barriga, A. Q., Landau, J. R., Stinson, B. L., Liao, A. K., & Gibbs, J. C. (2000). Cognitive distortion and problem behaviors in adolescents. *Criminal Justice and Behavior, 27*(1), 36-56.

- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R., & Brown, G. K. (1998). *IDB-II. Inventaire de dépression de Beck*. Paris : Les Éditions du Centre de psychologie appliquée.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2002). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie* (3^e éd). Paris : Masson.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Lépine, S., Houde, L., & Gaudet, N. (1995). Do children aged 9 through 11 years understand the DISC version 2.25 questions? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 946-954.
- Cohen, P., Cohen, J., & Brook, J. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: II. Persistence of disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 869-877.
- Dodge, (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.
- Dumas, J. E. (2002). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (2^e éd.). Bruxelles : Édition De Boeck Université.
- Epkins, C. C. (2000). Cognitive specificity in internalizing and externalizing problems in community and clinic-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 199-208.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of depressive disorders in adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 15(4), 470-481.
- Ezpeleta, L., Granero, R., & Doménech, J. M. (2005). Differential contextual factors of comorbid conduct and depressive disorders in Spanish children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 282-291.
- Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 571-580.
- Frey, E. D., & Epkins, C. C. (2002). Examining cognitive models of externalizing and internalizing problems in subgroups of juvenile delinquents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 556-566.
- Gibbs, J. C. (1991). Sociomoral developmental delay and cognitive distortion: Implications for the treatment of antisocial youth. In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Éds), *Handbook of moral behavior and development: Vol. 3 Application* (p. 95-110). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gibbs, J. C., Barriga, A. Q., & Potter, G. B. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire*. Champaign, IL: Research Press.
- Hammen, C., & Rudolph, K. D. (2003). Childhood mood disorder. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Éds), *Child psychopathology* (2nd ed.) (p. 233-278). New York: Guilford Press.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., Pickles, A., & Hill, J. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(3), 434-439.
- Holmes, S. J., & Robins, L. N. (1987). The influence of childhood disciplinary experience on the development of alcoholism and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 28, 399-416.
- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1002-1014.
- Kovacs, M., Paulauskas, S., Gatsonis, C., & Richards, C. (1988). Depressive disorders in childhood, III: A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of Affective Disorders*, 15, 205-217.

Concomitance dépression/trouble des conduites

- Leitenberg, H., Yost, L. W., & Carroll-Wilson, M. (1986). Negative cognitive errors in children: Questionnaire development normative data, and comparisons between children with and without self-reported symptoms of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 528-536.
- Lévesque, N., & Marcotte, D. (2005). Les distorsions cognitives chez les adolescents présentant des symptômes dépressifs et des troubles extériorisés. *Revue québécoise de psychologie, 26*(2), 199-222.
- Lévesque, N., & Marcotte, D. (sous presse). Le modèle diathèse-stress de la dépression appliqué à une population d'adolescents. *Revue européenne de psychologie appliquée, 59*(4).
- Lewinsohn, P. M., & Essau, C. A. (2002). Depression in adolescence. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Éds), *Handbook of depression* (p. 541-559). New York: The Guilford Press.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R., & Rohde, P. (1994). Major depression in community adolescents: Age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 809-818.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R., & Hops, H. (1991). Comorbidity of unipolar depression: I. Major depression with dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 205-213.
- Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14*(6), 497-520.
- Loney, B. R., & Frick, P. J. (2003). Structured diagnostic interviewing. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Éds), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior, and context* (2nd ed.) (p. 235-247). New York: Guilford Press.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents de milieu scolaire. *Revue québécoise de psychologie, 16*(3), 109-132.
- Marcotte, D. (2000). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. In F. Vitaro & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents, Tome 1* (p. 221-270). Sainte-Foy (Québec) : Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D. (en préparation). Validation de la version française du questionnaire *How I Think*. Montréal.
- Marcotte, D. (en préparation). Validation du Système d'évaluation des comportements pour enfants. Montréal.
- Marcotte, G., Marcotte, D., & Bouffard, T. (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitudes on depression and delinquency in an adolescent population. *European Journal of Psychology of Education, 17*(4), 363-376.
- Masten, A. S. (1988). Toward a developmental psychopathology of early adolescence. In M.D. Levine & E. R. McAnarney (Éds), *Early adolescent transitions* (p. 261-278). Lexington, MA: Heath.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 51-59.
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115*(3), 424-443.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y. A. (1991). The epidemiology of antisocial behaviour in childhood and adolescence. In D. B. Pepler & K. H., Rubin (Éds), *The development and treatment of childhood aggression* (p. 31-54). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist, 48*, 155-168.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS). A comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality, 28*, 263-276.
- Puig-Antich, J. (1982). Major depression and conduct disorder in prepuberty. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21*, 118-128.

- Quiggle, N. L., Garber, J., Panak, W. F., & Dodge, K. A. (1992). Social information processing in aggressive and depressed children. *Child Development, 63*, 1305-1320.
- Reinecke, M. A. (1995). Comorbidity of conduct disorder and depression among adolescents: Implications for assessment and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 299-326.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1998). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1999). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service, Inc.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 214-222.
- Rohde, P., Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Kaufman, N. K. (2001). Impact of comorbidity on a cognitive-behavioral group treatment for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*(7), 795-802.
- Rutter, M. (1997). Comorbidity: Concepts, claims and choices. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7*(4), 265-285.
- Smolla, N., Valla, J. P., Bergeron, L., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (2004). Development and reliability of a pictorial mental disorders screen for young adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(12), 828-837.
- Valla, J. P., Bergeron, L., & Smolla, N. (2000). The Dominic-R: A pictorial interview for 6- to 11-years-old children. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 39*(1), 85-93.
- Valla, J., Bergeron, L., & St-Georges, M. (1998). *Dominique interactif*, documentation électronique. Montréal : DIMAT.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Bérubé, H., Gaudet, N., & St-Georges, M. (1994). A structured pictorial questionnaire to assess DSM-III-R-based diagnoses in children (6-11 years): Development, validity, and reliability. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*(4), 403-423.
- Valla, J. P., Bergeron, L., Bidaut-Russel, M., St-Georges, M., & Gaudet, N. (1997). Reliability of the Dominic-R: A young child mental health questionnaire combining visual and auditory stimuli. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*(6), 717-724.
- Weissman, A., & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Wolff, J. C., & Ollendick, T. H. (2006). The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 9*(3-4), 201-220.
- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 31*, 547-556.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and the development of conduct disorder, *Development and Psychopathology, 5*, 65-78.

RÉSUMÉ

Cette étude longitudinale sur trois ans vise à déterminer les symptômes précurseurs de la concomitance de la dépression et des troubles de comportement. Un deuxième objectif est d'identifier les distorsions cognitives prédictives. Un échantillon de 499 jeunes de 12 à 14 ans a complété les mesures. Les résultats montrent que chez les filles, les symptômes de dépression prédisent le niveau de concomitance, tandis que chez les garçons, tant les symptômes de dépression que de trouble du comportement prédisent ce dernier. Enfin, les résultats montrent que les distorsions cognitives extériorisées qui perdurent en deuxième secondaire augmentent davantage le niveau de concomitance pour les deux sexes.

Concomitance dépression/trouble des conduites

MOTS CLÉS

dépression, trouble de comportement, concomitance, distorsions cognitives, adolescence

ABSTRACT

The aim of this three year longitudinal study is to determine the precursor symptoms of comorbidity between depression and ou conduct disorder. A second goal is to identify predictive cognitive distortions. Questionnaires were completed by a sample of 499 12 to 14 year old high school students. Results suggest that, for girls, only depression symptoms predict comorbidity, whereas for boys, both depression and conduct disorder symptoms are precursors of comorbidity. Results also suggest that persistence of externalised cognitive distortions in the second year of high-school is also predictive of comorbidity.

KEY WORDS

depression, conduct disorder, comorbidity, cognitive distortions, adolescence

LA CONCILIATION TRAVAIL-ÉTUDES : CONSÉQUENCES DIFFÉRÉES SUR L'ADAPTATION SCOLAIRE ET PSYCHOSOCIALE D'ADOLESCENTS QUÉBÉCOIS

**WORK-STUDY BALANCE: IMPACT OF ADOLESCENTS' SCHOOL AND PSYCHOSOCIAL
ADJUSTMENT**

Michelle Dumont¹

Université du Québec à Trois-Rivières

Danielle Leclerc

Université du Québec à Trois-Rivières

Suzie McKinnon

Université du Québec à Trois-Rivières

INTRODUCTION

La conciliation travail-études fait de plus en plus partie de la réalité des adolescents des années 2000. Pourtant, que savons-nous des conséquences immédiates ou différées qui découleraient de l'exercice d'un emploi à temps partiel durant l'année scolaire? Pour répondre à cette question, l'adaptation scolaire et psychosociale de cinq groupes d'élèves a été évaluée en troisième et en cinquième secondaire. Les groupes ont été constitués à partir du nombre d'heures consacrées à un travail à temps partiel durant l'année scolaire : 1) les élèves qui ne travaillent pas, 2) ceux qui travaillent peu ou moyennement, 3) ceux qui travaillent beaucoup, 4) les élèves dont le nombre d'heures consacré à un travail à temps partiel augmente entre le milieu et la fin du secondaire, 5) ceux dont le nombre d'heures diminue au cours de la même période. L'originalité de cette étude consiste à mettre en évidence la question des coûts et bénéfices reliés à l'exercice d'un travail à temps partiel sur l'adaptation scolaire et psychosociale des adolescents, et ceci, entre la troisième et la cinquième année du secondaire.

Selon un relevé de la documentation, les répercussions négatives qui sont associées au travail à temps partiel (TTP) durant les études sont importantes du point de vue scolaire et psychologique. On parle d'un seuil critique à ne pas franchir qui serait de l'ordre de quinze heures par semaine voire même vingt heures et plus. Globalement, un TTP intense serait associé à plusieurs conséquences néfastes sur les plans physique, social, scolaire, psychologique et culturel. Par exemple, on y associe un rendement scolaire moins élevé, des symptômes dépressifs, un appauvrissement de la relation parents-adolescent (Largie, Field, Hernandez-Reif, Sanders, & Diego, 2001), une baisse de rendement et

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières, G9A 5H7. Téléphone : (819) 376-5011 poste 3982. Télécopieur : (819) 376-5195. Courriel : michelle.dumont@uqtr.ca

d'engagement scolaires, davantage de détresse psychologique et somatique, de consommation de substances nocives pour la santé, de délinquance (Steinberg & Dornbusch, 1991), une réduction des heures consacrées au sommeil, ce qui explique pourquoi ces élèves s'endorment en classe (Bachman & Schulenberg, 1993), une insatisfaction quant au temps accordé aux loisirs (Weller, Cooper, Basen-Engquist, Kelder, & Tortolero, 2003), une augmentation de la consommation de drogue et/ou d'alcool, notamment chez ceux qui travaillent plus de 10 heures par semaine (Kouvonen & Lintonen, 2002a, 2002b), des comportements délinquants (Bachman, Safron, Rogala Sy, & Schulenberg, 2003), une baisse d'activités sportives (Safron, Schulenberg, & Bachman, 2001), un niveau de stress plus élevé (Braverman, Paterson, Chin Young, Weisskirch, & King, 2002) et un risque de décrochage scolaire (Santana, Cooper, Roberts, & Araújo-Filho, 2005; McCoy & Smyth, 2007). Ce risque pourrait toutefois résulter également d'un manque d'intérêt pour l'école, d'un retard dans le cheminement scolaire et de facteurs externes à l'école comme un échec amoureux, le décès d'un être cher, la pauvreté.

Enfin, Warren, LePore et Mare (2001) constatent que les élèves qui travaillent beaucoup sont dès le départ différents des autres adolescents. Souvent, ils appartiennent à une classe socio-économique plus faible, réussissent moins bien à l'école et sont plus pessimistes quant à leur chance de fréquenter une université un jour. Devant cet état de fait, ces derniers suggèrent de ne pas établir de lien trop direct entre travailler beaucoup et obtenir une performance scolaire plus faible, car certaines conditions néfastes peuvent prévaloir comme ils l'ont constaté dans leur étude.

D'autres résultats issus de la présente étude (Dumont, 2007) indiquent qu'un travail à temps partiel supérieur à onze heures par semaine s'avère un facteur de risque pour le domaine scolaire des élèves en troisième et en quatrième secondaire. Globalement, il s'agit d'aspiration scolaire moindre, d'une moyenne générale plus faible et d'un niveau de fatigue plus élevé. Ce constat n'a toutefois pas été observé chez les élèves de cinquième secondaire. L'absence d'effet négatif chez les élèves plus vieux s'explique sans doute de diverses façons : ils ont fait des choix de carrière donnant un sens à leurs études, ils ont pris davantage conscience de l'importance des études afin d'éviter la précarité d'emploi, ils se sont habitués au double rôle travail-études, ils sélectionnent des cours moins exigeants ou tout simplement ont décroché.

Outre ces conséquences néfastes générales, Green (1990) observe certains aspects positifs liés au travail à temps partiel. Par exemple, il peut faciliter la transition entre la fin des études secondaires et l'entrée dans le monde du travail, en plus de fournir des gains matériels ou d'offrir des

expériences sociales complémentaires à l'environnement familial et scolaire. Dans cette optique, Mortimer, Harley et Staff (2002) rapportent d'autres avantages liés au TTP durant les études comme le développement du sens des responsabilités, de la confiance en soi, de la gestion efficace du temps (ponctualité) et de l'estime des pairs. Selon les adolescents eux-mêmes, leur emploi les aiderait à participer aux discussions en classe et leur apprendrait l'importance de l'éducation afin d'éviter l'exercice futur d'un emploi répétitif, monotone et peu payant.

Apparemment, les effets à court terme sont relativement bien connus dans la documentation nord-américaine, même s'ils ne font toutefois pas consensus dans la littérature. C'est de toute évidence moins le cas pour les conséquences à plus long terme qui découlent de l'exercice d'un emploi à temps partiel durant l'année scolaire. Peu d'études se sont effectivement penchées sur cet aspect de la question. Parmi les rares recherches longitudinales, notons celle de Paschall, Flewelling et Russell (2004) qui souligne que le travail à temps partiel (plus de onze heures par semaine) prédit, un an plus tard, une consommation d'alcool accrue. Toutefois, cet effet serait considérablement atténué si on contrôle les caractéristiques sociodémographiques (âge, race/ethnicité, revenu personnel) et la consommation d'alcool antérieure. Par contre, une autre étude d'envergure a démontré que le TTP peut s'avérer bénéfique quelques années plus tard. En voulant mesurer quatre ou neuf ans plus tard les conséquences du travail à temps partiel durant l'adolescence, Mortimer et Staff (2004) montrent que dans la mesure où le stress au travail est associé à une diminution de l'estime de soi, du sentiment d'auto-efficacité et à une humeur plus dépressive chez les jeunes, au fil des années, ceux-ci se montrent plus résilients que leurs pairs qui n'ont pas vécu ce type d'expérience au préalable. Vu de cette manière, on peut dire que le stress « professionnel » précoce favorise l'adaptation subséquente des jeunes, et ceci, en améliorant leur résilience devant de futures sources de stress au travail.

Cadre méthodologique et hypothèse de recherche

Depuis 1980, on note un intérêt croissant pour l'évaluation des impacts du travail à temps partiel durant les études sur le rendement scolaire et le bien-être des élèves. Les travaux qui en évaluent les conséquences à court terme sont nettement plus nombreux que ceux inspirés de devis de recherche longitudinaux. Par cette étude, nous souhaitons combler un manque évident de connaissances sur les effets à plus long terme de la conciliation travail-études sur l'adaptation scolaire et psychosociale au milieu et à la fin de l'adolescence (soit en troisième et en cinquième secondaire).

La présente étude évalue la relation entre le travail à temps partiel et l'adaptation scolaire et psychosociale d'adolescents sur une base longitudinale, et ceci, afin de faire contrepoids aux études centrées exclusivement sur l'évaluation de ses impacts immédiats plutôt que différés. Or, le nombre d'heures consacrées au TTP peut différer entre les élèves et varier dans le temps. Ainsi, pour certains il peut rester stable d'une année à l'autre (ne travaille pas, travaille peu ou modérément, travaille beaucoup), tandis que d'autres vont dévier de leur trajectoire initiale : ils vont augmenter le nombre d'heures allouées à un travail à temps partiel durant les études ou le diminuer.

Deux hypothèses de recherche ont été formulées dans le cadre de cette étude longitudinale. Premièrement, les élèves qui travaillent un grand nombre d'heures en troisième et en cinquième secondaire, de même que ceux qui vont augmenter le nombre d'heures pour la même période, présenteront des profils scolaires et psychosociaux déficitaires par rapport aux trois autres groupes de travailleurs (ceux qui ne travaillent pas, ceux qui travaillent peu ou moyennement, ceux dont le nombre d'heures diminue entre la troisième et la cinquième secondaire). Deuxièmement, les élèves qui ne travaillent pas en troisième et en cinquième secondaires, de même que ceux qui diminueront les heures consacrées à un travail entre le milieu et la fin du secondaire, présenteront le meilleur cheminement pour l'adaptation scolaire et psychosociale comparativement aux trois autres groupes de travailleurs (ceux qui travaillent peu ou moyennement, ceux qui travaillent beaucoup, ceux dont le nombre d'heures augmente entre la troisième et la cinquième secondaire).

MÉTHODE

Participants

Une école secondaire francophone du secteur public située dans la région mauricienne Centre du Québec, a été choisie pour cette étude longitudinale. Au total, 187 élèves de troisième secondaire (Filles = 106; Garçons = 81) et 144 élèves de cinquième secondaire (Filles = 97; Garçons = 47) ont complété un ensemble de questionnaires. L'autorisation écrite des parents était exigée pour participer à cette étude. L'âge moyen des participants est de 14,31 ans en troisième secondaire ($\overline{ET} = .60$) et de 16,31 ans en cinquième secondaire ($\overline{ET} = .58$). De l'échantillon global, un sous-groupe d'adolescents ont été retenus car ils ont rempli les mêmes questionnaires à deux reprises sur une période de trois ans. La cohorte des élèves pour lesquels des mesures ont été recueillies tant en troisième qu'en cinquième secondaire comprend 80 élèves. Cette cohorte fait précisément l'objet de la présente étude. Le niveau socio-économique familial est d'environ 52 100 \$ CA selon l'enquête de l'Institut économique de Montréal, de l'Institut Fraser (Actualité, 2003). Les indices du seuil de

faible revenu (SFR¹) et de milieu socio-économique (IMSE²) en 2003-2004 sont de 7 (SFR) et de 4 (IMSE).

Afin d'analyser l'évolution du profil scolaire et psychosocial des adolescents, nous avons créé cinq groupes soulignant la diversité des expériences liées au travail à temps partiel entre les troisième et cinquième secondaire. Pour ce faire, nous avons procédé en deux étapes. Premièrement, pour chaque niveau scolaire, trois groupes ont été formés à l'aide de points de coupure basés sur des percentiles (1 à 33 percentiles = ne travaille pas du tout; 34 à 65 percentiles = travaille peu ou moyennement; 66 et plus = travaille beaucoup). Étant donné que le nombre d'heures moyen travaillées en troisième secondaire est différent de celui de cinquième secondaire, les heures rapportées à l'intérieur d'une même catégorie varient selon ce constat. Ainsi, pour les élèves qui travaillent peu ou moyennement, le nombre d'heures travaillées à temps partiel varie entre 1 et 5 heures en troisième secondaire et de 1 à 9 heures en cinquième secondaire. En revanche, pour les élèves qui travaillent beaucoup, le nombre d'heures travaillées est supérieur à 6 heures en troisième secondaire et à 10 heures en cinquième secondaire.

À la suite de cette première étape de traitement, cinq groupes ont été identifiés à partir des catégories préalablement définies en percentile. Nous obtenons ainsi le groupe *ne travaille pas* en troisième et en cinquième secondaire ($n = 14$), le groupe *travaille peu ou moyennement* ($n = 10$), le groupe *travaille beaucoup* en troisième secondaire et en cinquième secondaire ($n = 13$), le groupe *dont le nombre d'heures consacrées à un TTP augmente* entre la troisième et la cinquième secondaire ($n = 21$; certains élèves passent à une catégorie supérieure de travailleurs) et enfin, le groupe *dont le nombre d'heures consacrées à un TTP diminue* entre le milieu et la fin du secondaire ($n = 22$; certains élèves passent à une catégorie inférieure de travailleurs).

La présentation du projet a été effectuée en classe par des étudiants inscrits à la maîtrise ou au doctorat en psychologie. La passation collective

1. Indice du seuil de faible revenu (SFR) : cet indice mesure la proportion de familles vivant autour ou sous le seuil de faible revenu, calculé par Statistique Canada. Le seuil de faible revenu se définit comme le niveau de revenu selon lequel on estime que les familles consacrent 20 % de plus que la moyenne générale à la nourriture, au logement et à l'habillement. Il fournit une information qui sert à estimer la proportion de familles dont les revenus peuvent être considérés comme faibles dans leur milieu de résidence (milieu rural, petite région urbaine, grande agglomération urbaine...).
2. Indice de milieu socio-économique (IMSE) : il s'agit d'un indice composé qui utilise la proportion de mères sous-scolarisées (2/3 de l'indice) et la proportion de parents inactifs sur le plan de l'emploi (1/3 de l'indice). La sous-scolarité se définit comme étant la proportion de familles dont les mères ont atteint comme plus haut niveau de scolarité des études primaires ou secondaires, sans diplôme d'études secondaires. L'inactivité parentale concerne la proportion de familles dont aucun parent ne travaille durant la semaine de référence du recensement canadien.

des questionnaires a eu lieu au cours de deux périodes-classe d'une durée de 60 minutes réparties sur deux semaines consécutives. Les collectes des données ont été effectuées chaque automne après la première série d'examens scolaires. Les notes obtenues en mathématiques, en français ainsi que la performance moyenne ont été recueillies de manière concomitante à la passation des questionnaires.

Questionnaires

Travail à temps partiel

Le travail à temps partiel a été évalué à partir de l'adaptation du questionnaire de Beauchesne et Dumas (1993) et de l'entrevue semi-structurée développée par Green (1990). Une année avant que ne se déroule l'étude, ce questionnaire fut testé et adapté auprès d'un total de 40 élèves en troisième, quatrième et cinquième secondaire travaillant peu (moins de cinq heures), moyennement (entre six et 14 heures) ou beaucoup (plus de quinze heures). Pour les besoins de cette étude, nous n'avons retenu que la variable associée à la fréquence d'heures consacrée à un travail durant les études.

Tracas quotidiens (Plancherel, Bettschart, Bolognini, Dumont, & Halfon, 1997; traduction française suisse)

Ce questionnaire mesure la fréquence de 59 tracas quotidiens vécus durant les six derniers mois et le degré d'intensité ressenti. Les auteurs indiquent une bonne qualité psychométrique de l'instrument sans toutefois en mentionner les détails statistiques. Dans notre étude, les alphas de Cronbach obtenus en troisième et en cinquième secondaire sont respectivement de .93 et de .92.

Estime de soi (Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965; traduction canadienne-française de Vallières & Vallerand, 1990)

Ce questionnaire est composé de 10 items évaluant le sentiment de valeur personnelle. Cet instrument possède des indices de fidélité et de validité très acceptables (Vallières et Vallerand, 1990). Construit originellement selon une approche Guttman, ce questionnaire a démontré un coefficient de reproduction de .90 permettant d'inférer ainsi l'unidimensionnalité de l'instrument (Rosenberg, 1965). Dans notre étude, les alphas de Cronbach dégagés en troisième et en cinquième secondaires sont de .88 et .89.

Stratégies d'adaptation des adolescents (Adolescent Coping Scale; Frydenberg & Lewis, 1993; traduit en français par Pronovost, Morin, Dumont, & Leclerc, 1997)

Cet inventaire de stratégies adaptatives (79 items) a pour but de mesurer la façon dont un adolescent réagit habituellement aux problèmes.

Le regroupement des items permet d'isoler trois styles adaptatifs : productif (20 items), référence aux autres (18 items) et non productif (35 items). Les données de l'échantillon québécois de l'étude de validation menée par Leclerc, Pronovost et Dumont (2009) permettent de reproduire les solutions factorielles originales de la recherche australienne. Dans notre étude, les alphas de Cronbach obtenus en troisième et en cinquième secondaire sont pour le *coping productif* (dans l'ordre .84 et .83), pour le *coping social* (.88 aux deux niveaux scolaires) et pour le *coping non productif* (.90 et .92 respectivement).

Disposition à l'optimisme ou au pessimisme (LOT; Scheier & Carver, 1985, traduction canadienne-française par Alain et Bérubé, 1996)

Ce questionnaire comprend 12 items dont quatre doivent être recodés alors que quatre autres ne figurent pas dans le score final. Un haut score au LOT indique une tendance à l'optimisme. L'article de Scheier et Carver met en évidence une bonne consistance interne et une stabilité test-retest relativement stable, sans toutefois en rapporter les détails statistiques. Dans notre étude, les alphas de Cronbach isolés en troisième et en cinquième secondaires sont dans l'ordre .81 et .86.

Échelle de mesure de l'autonomie – version D (Greenberg, Josselson, Knerr, & Knerr, 1975; traduction et validation québécoise par Deslandes, Potvin et Leclerc, 1999)

Ce questionnaire comprend 30 items distribués en trois sous-échelles, dont celle du score total d'autonomie (10 énoncés). Deslandes et al. (1999) mentionnent des coefficients de constance interne équivalents à ceux obtenus avec la version originale américaine, et ceci, auprès d'adolescents québécois ($\alpha = .87$ au score global d'autonomie). Dans notre étude, les alphas de Cronbach obtenus à cette échelle en troisième et en cinquième secondaire sont respectivement de .92 et de .90.

Inventaire des problèmes de comportements du jeune âgé entre 11 et 18 ans (Youth Self Report; Achenbach, 1991; traduction québécoise Lacharité & Villemure)

À partir de 112 énoncés, le YSR évalue la perception qu'a l'adolescent de son profil intériorisé et extériorisé. Le trouble intériorisé comprend trois sous-échelles (retrait social, somatisation et anxiété/dépression). Le trouble extériorisé comprend deux sous-échelles (délinquance et agressivité). Ces syndromes sont déterminés selon des cotes T normalisées selon l'âge, le sexe et l'appartenance ou non à un groupe clinique. La fidélité test-retest sur une semaine est, pour le score intériorisé, de 0,67 pour les 11-14 ans et de 0,91 pour les 15-18 ans; et pour le score extériorisé de 0,76 pour les plus jeunes et de 0,91 pour les plus vieux (Achenbach, 1991). Dans notre étude, les alphas de Cronbach

obtenus aux deux niveaux scolaires sont dans l'ordre de .92 et .89 pour le trouble intériorisé, et de .86 et .85 pour le trouble extériorisé.

RÉSULTATS

Afin de mettre en évidence les changements liés au temps, référons-nous au concept de *stabilité absolue* proposé par Holsen, Kraft et Vittersø (2000; cité dans Deković, Buist, & Reitz, 2004). Ces auteurs définissent la *stabilité absolue* en comparant le niveau moyen de problèmes de comportement pour un groupe particulier, à un moment spécifique dans le temps, avec le niveau moyen de la variable du même groupe, à une autre période de temps. Inspirée de l'article portant sur la résilience des adolescents (Masten, Hubbard, Gest, Tellegen, Garmezy, & Ramirez, 1999), la présente recherche emprunte également *l'approche centrée sur la personne* (comparaison de groupes d'individus pour les mêmes variables). Dans le cas présent, il s'agit de comparer cinq groupes de travailleurs, dont le nombre d'heures consacrées à un travail à temps partiel durant les études varie en importance, sur l'évolution temporelle de certaines variables scolaires et psychosociales d'élèves évalués en troisième et en cinquième secondaire.

Cette étude québécoise repose sur l'évaluation de la stabilité absolue de l'adaptation scolaire et psychosociale d'adolescents inscrits au milieu puis à la fin du secondaire (stabilité ou instabilité de certaines variables pour un même groupe selon deux prises de données). D'entrée de jeu, soulignons qu'environ les deux tiers des élèves travaillent à temps partiel, soit 61,50 % en troisième secondaire et 63,90 % en cinquième secondaire.

L'analyse des différentes configurations dans l'expérience liée à la conciliation travail-études révèle des changements temporels entre la troisième et la cinquième secondaire (test de Wilcoxon) (Tableau 1). Nous commencerons par la description des analyses de stabilité absolue des cheminements dits « positifs » pour la réussite éducative (rendement scolaire et adaptation psychosociale) des adolescents. Les élèves qui ne travaillent pas en troisième ni en cinquième secondaire connaissent une augmentation de l'utilisation du *coping* non productif ($Z = -2,36, p < .05$), alors que leur moyenne scolaire générale augmente entre les deux prises de mesures ($Z = -2,24, p < .05$; 82,00 % à 84,29 %). Le groupe d'élèves qui travaillent de façon modérée par semaine, et ceci, tant au milieu qu'à la fin du secondaire, semble ne faire ni gain important, ni expérimenter de coût adaptatif significatif. Les élèves qui diminuent le nombre d'heures consacrées à un emploi à temps partiel, une fois rendus en cinquième secondaire, voient en revanche leur performance scolaire générale augmenter ($Z = -2,26, p < .05$; 78,27 % à 81,36 %).

Quant aux cheminements qualifiés de plus « à risque » pour la réussite scolaire et le bien-être des adolescents, notons ceux dont le

Tableau 1

Différence de moyennes obtenues en troisième et en cinquième secondaire selon les groupes de travailleurs (Wilcoxon)

Groupes de travail	Pas de travail		TTP Modéré		Diminue		Augmente		TTP Élevé		Test Wilcoxon				
	3 ^e sec.	5 ^e sec.	3 ^e sec.	5 ^e sec.	3 ^e sec.	5 ^e sec.	3 ^e sec.	5 ^e sec.	3 ^e sec.	5 ^e sec.	NTP	Mo-déré	Diminue	Augmente	Élevé
Coping productif	3,60	3,60	3,87	3,74	3,59	3,63	3,72	3,79	3,73	4,03	NS	NS	NS	NS	1<2 ^b
Coping social	2,56	2,62	2,96	2,82	2,91	2,92	2,76	2,85	2,82	3,05	NS	NS	NS	NS	NS
Coping non productif	2,54	2,73	2,59	2,72	2,67	2,78	2,58	2,72	2,56	2,69	1<2 ^a	NS	NS	NS	NS
Autonomie	3,08	3,16	3,00	3,17	3,04	3,13	2,89	3,13	3,19	3,31	NS	NS	NS	1<2 ^b	NS
Optimisme	29,86	28,86	29,20	29,70	28,95	28,06	28,47	29,48	30,00	32,46	NS	NS	NS	NS	1<2 ^a
Estime de soi	33,29	33,21	34,00	31,20	33,50	33,32	28,57	32,52	33,31	33,62	NS	NS	NS	1<2 ^b	NS
Tracas quotidiens	36,07	42,14	52,70	57,70	44,45	53,28	57,86	54,48	53,85	53,62	NS	NS	NS	NS	NS
Retrait	3,71	4,50	4,40	4,00	3,64	4,59	4,79	4,14	3,25	3,69	NS	NS	NS	NS	NS
Somatisation	3,86	3,31	4,70	3,80	4,19	4,32	4,68	5,00	5,00	6,17	NS	NS	NS	NS	NS
Anxiété/dépres.	7,36	7,64	7,40	8,70	6,77	7,41	9,79	8,10	7,00	6,77	NS	NS	NS	NS	NS
Délinquance	2,21	2,36	2,10	3,00	2,77	3,36	3,37	4,71	3,17	3,23	NS	NS	NS	1<2 ^a	NS
Agressivité	8,86	7,07	9,10	10,60	7,14	8,41	9,95	10,71	8,75	9,23	NS	NS	NS	NS	NS
Mathématiques (%)	82,64	82,00	70,60	70,10	77,77	80,55	79,43	74,45	80,08	77,58	NS	NS	NS	1>2 ^a	NS
Français(%)	82,92	81,21	76,20	77,40	77,64	78,14	77,38	75,20	76,85	76,25	NS	NS	NS	NS	NS
Moyenne générale (%)	82,00	84,29	77,50	78,70	78,27	81,36	79,48	80,40	77,62	80,25	1<2 ^a	NS	1<2 ^a	NS	NS

Notes : 1) les moyennes font référence aux moyennes réelles. 2) NTP : ne travaille pas. 3) TTP = travail à temps partiel. 4) 1 = 3^e secondaire, 2 = 5^e secondaire

^a $p < .05$; ^b $p < .01$; ^c $p < .001$

nombre d'heures consacrées à un emploi à temps partiel a augmenté entre le milieu et la fin du secondaire. Ces derniers voient leurs notes en mathématiques diminuer ($Z = -2,05, p < .05$; 79,43 % à 74,45 %) et leurs conduites délictueuses augmenter ($Z = -2,24, p < .05$). Par contre, avec le temps, ils gagnent en estime de soi ($Z = -2,75, p < .01$) et en autonomie ($Z = -2,58; p < .01$). Finalement, les élèves qui travaillent beaucoup en troisième et en cinquième secondaire utilisent plus souvent un bon *coping* ($Z = -2,67, p < .01$) et sont devenus plus optimistes avec le temps ($Z = -2,05, p < .05$). Aucune différence significative n'a été observée entre les troisième et cinquième secondaire en ce qui concerne les variables suivantes : rendement scolaire en français, stratégies adaptatives de type social, troubles intériorisés (score global, anxiété/dépression, somatisation, retrait social) et troubles extériorisés de type agressivité ou pour le score global d'extériorisation.

DISCUSSION

Cette étude longitudinale identifie les ressources personnelles ainsi que le type d'adaptation scolaire et psychosociale qui caractérisent le mieux les cinq types d'expérience liée à la conciliation travail-études chez des adolescents évalués en troisième et en cinquième secondaire. Il s'agit d'élèves qui ne travaillent pas, de ceux qui travaillent peu ou moyennement, de ceux qui travaillent beaucoup, de ceux dont le nombre d'heures consacrées à un travail à temps partiel va augmenter entre le milieu et la fin du secondaire et ceux qui vont en diminuer la fréquence au cours de la même période.

Dans la présente recherche, tout comme dans la documentation d'ailleurs, la thèse des coûts et des bénéfices liés à la conciliation travail-études des adolescents ne fait pas consensus. Toutefois, les études sont encore insuffisantes et les nuances ne sont pas toutes établies. Nos résultats suggèrent que les élèves qui ne travaillent pas de même que ceux qui travaillent beaucoup expérimentent à la fois des coûts et des bénéfices sur le plan de leur adaptation scolaire et psychosociale. Ceci confirme également le constat émis par Biddle (2007) selon lequel, malgré une coexistence d'effets bénéfiques et nuisibles à la conciliation travail-études, ce qui fait la grande différence est certes le nombre élevé d'heures qui y sont consacrées. Malgré certaines contradictions dans la recension des écrits, les chercheurs s'entendent pour dire que les adolescents ont la responsabilité de ne rien faire qui puisse nuire à leur développement, à leur réussite scolaire et à l'obtention d'un diplôme de fin de secondaire.

Contrairement à l'énoncé de la première hypothèse à l'effet que les élèves qui travaillent beaucoup en troisième et en cinquième secondaire de même que ceux qui vont augmenter avec le temps le nombre d'heures consacrées à un TTP devraient présenter davantage de coûts adaptatifs par rapport aux autres groupes de travailleurs, nos résultats indiquent

certes des coûts (pour le groupe dont le nombre d'heures travaillées a augmenté entre le milieu et la fin du secondaire : baisse du rendement en mathématiques et augmentation des comportements de délinquance), mais aussi des gains inattendus (pour le groupe qui augmente le nombre d'heures travaillées : augmentation de l'estime de soi et de l'autonomie; pour le groupe qui travaille beaucoup : augmentation du *coping* productif et de l'optimisme). Notre première hypothèse de recherche n'est donc que partiellement confirmée.

Comme le rapportent Green (1990) ainsi que Mortimer et al. (2002), les résultats de cette recherche soulignent certains bénéfices associés à l'exercice d'une conciliation travail-études. En effet, les élèves qui travaillent beaucoup en troisième et en cinquième secondaire utilisent plus souvent un bon *coping* (stratégies adaptatives productives) et se montrent davantage optimistes avec le temps. Mortimer et Staff (2004) suggèrent que le travail à temps partiel peut favoriser le développement de certaines ressources personnelles, ce qui, par ricochet, permettra la construction d'une certaine forme de résilience. Dans le même esprit, les élèves dont le nombre d'heures consacrées à un TTP a augmenté entre le milieu et la fin du secondaire ont fait des gains sur le plan de leur autonomie et de leur estime de soi. Malheureusement, on note aussi, pour ce groupe d'élèves, une augmentation des comportements délinquants et une diminution de la réussite scolaire en mathématiques. L'association entre le travail à temps partiel et la délinquance a déjà été observée par Bachman et al. (2003), de même qu'entre le TTP et un rendement scolaire plus faible (Steinberg et al., 1991). Selon certains résultats rapportés dans la documentation, on aurait pu s'attendre à une augmentation des troubles intériorisés (retrait social, somatisation, anxiété/dépression), des troubles extériorisés (agressivité) et des tracasseries quotidiens lorsque le nombre d'heures consacrées à un TTP augmente au cours de l'adolescence ou lorsqu'il demeure très élevé au milieu et à la fin du secondaire. Or, ce type de constat ne fut pas observé dans la présente étude. Soulignons toutefois qu'au moment de la collecte des données, les élèves de notre échantillon ne cumulent un double rôle, travail-études, que depuis environ quatre mois. De plus, ils travaillent en moyenne moins de dix heures par semaine. Ces élèves se situent donc sous le seuil critique (15 à 20 heures par semaine) à partir duquel des conséquences néfastes pour l'adaptation psychosociale semblent observées dans la documentation.

Comme l'anticipait la seconde hypothèse de recherche, les élèves qui diminuent le nombre d'heures consacrées au TTP entre les troisième et cinquième secondaire ou qui ne travaillent pas pendant leurs études ont fait des progrès dans leur rendement scolaire général. En revanche et contre toute attente, les élèves non travailleurs ont connu une augmentation dans l'utilisation du mauvais *coping* entre le milieu et la fin du secondaire. C'est peut-être parce qu'ils adoptent au départ un *coping*

non productif qu'ils ne se lancent pas dans l'aventure travail-études! La seconde hypothèse de recherche n'est donc que partiellement confirmée.

Autocritique de l'étude

Outre la difficulté que représente toute étude longitudinale, quelques limites méthodologiques sont à mettre en évidence ici : 1) une seule école secondaire canadienne-française fut sollicitée, ce qui rend la généralisation des résultats plus délicate, 2) compte tenu de la taille relativement petite de l'échantillon, il n'a pas été possible d'examiner les différences de genre reliées aux cinq types d'expérience de conciliation travail-études, 3) le nombre d'élèves parmi les cinq groupes de comparaison était, bien que suffisant, peu élevé, 4) la durée de l'étude longitudinale et le nombre restreint de prises de mesure n'a pas rendu possible l'application d'analyses plus sophistiquées qui auraient permis de mettre en évidence l'évolution temporelle selon l'âge et le temps (étude des antécédents liés aux cinq types de cheminement; procédure TRAJ; lire Nagin, 1999), 5) une exploration approfondie des différences individuelles expliquerait sans doute pourquoi le cumul du double rôle travail-études ne pose aucun problème pour certains élèves, alors que pour d'autres il est problématique, 6) il aurait été intéressant de dresser le portrait socio-économique des catégories d'élèves considérant le lien potentiel entre l'environnement de vie et les conséquences différées des divers profils de travailleurs.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude indiquent que les meilleures trajectoires pour une adaptation scolaire réussie (augmentation de la moyenne générale des résultats scolaires) sont celles liées au groupe de non-travailleurs et à celui dont le nombre d'heures consacré au TTP diminue à mesure que les exigences scolaires augmentent avec le temps, et ce, dans le but d'obtenir un diplôme de fin de secondaire. Du point de vue de l'adaptation psychosociale réussie (que nous pourrions définir à partir de l'augmentation du *coping* productif, de l'estime de soi, de l'autonomie ou de l'optimisme), les résultats indiquent que les meilleures expériences de conciliation travail-études sont celles qui sont liées au groupe dont le nombre d'heures travaillées augmente avec le temps (autonomie et estime de soi) de même que celles correspondant au groupe des plus grands travailleurs (*coping* productif). En même temps, cette étude a aussi mis en évidence pour les élèves qui ont augmenté leurs heures travaillées entre le milieu et la fin du secondaire, des coûts dans le domaine scolaire (diminution des notes en mathématiques) et sur le plan psychosocial (augmentation du mauvais *coping* chez les non-travailleurs et augmentation de la délinquance chez les élèves qui travaillent davantage en cinquième secondaire).

Finalement, les impacts du travail à temps partiel peuvent s'analyser sous l'angle des facteurs de protection. Plus ces facteurs sont nombreux dans la vie d'un adolescent, plus nous sommes en droit de penser que les risques de dérapage scolaire et psychosocial devraient diminuer. Ces ressources dites aidantes peuvent être de nature personnelle (réussite scolaire, aptitude pour les apprentissages scolaires, sommeil récupérateur, capacité d'organisation, implication sportive, etc.), familiale (parents qui encadrent les activités du jeune en matière de temps consacré au clavardage, aux passe-temps, aux activités sociales et sportives, au sommeil, aux études, etc.) et environnementale (faire partie d'un réseau d'amis studieux, aimant l'école et ayant des aspirations scolaires, etc.). Lorsque ces ressources protectrices sont déficitaires, nous pensons que l'élève devrait réévaluer la pertinence d'avoir ou non un travail pendant ses études s'il ne veut pas compromettre son rendement scolaire et son bien-être personnel.

Pour conclure, un certain nombre de questions s'imposent à l'élève dans l'évaluation qu'il devra faire des coûts et bénéfices associés à l'exercice d'un travail à temps partiel durant ses études. Par exemple, 1) quelles sont ses véritables motivations (p. ex., faire comme les autres, combler par ce moyen la solitude et l'ennui, obtenir de l'argent, faire des économies, relever un défi personnel, surmonter sa timidité, etc.)? 2) existe-t-il des solutions autres pouvant combler ses besoins socioaffectifs et financiers qui ne risqueraient pas de nuire à ses études ou à sa vie bio-socioaffective, sportive et culturelle? 3) la conciliation travail-études représente-t-elle une menace à son bien-être et à sa réussite scolaire? Si oui, dans quelle mesure (intensité) et à quel niveau (scolaire, santé, relationnel...)? 4) ses ressources personnelles, familiales et environnementales sont-elles suffisantes pour lui permettre de faire face efficacement à ce double rôle travail-études? Il ne fait aucun doute que l'adolescent, les parents et les enseignants doivent considérer ces questions pour permettre à l'étudiant de faire des choix éclairés et pour s'assurer que les conditions favorables à la réussite scolaire de l'élève sont réunies, et ce, tant au plan scolaire que sur celui de son adaptation psychosociale.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, T. (1991). *Manual for the child behavior check-list 4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.
- Alain, M., & Bérubé, C. (1996). *Traduction française du LOT- Disposition à l'optimisme ou au pessimisme (Scheier et Carver, 1985)*. Document inédit, Trois-Rivières.
- Bachman, J. G., & Schulenberg, J. (1993). How part-time work intensity relates to drug use, problem behavior, time use, and satisfaction among high school seniors: Are these consequences or merely correlates? *Developmental Psychology, 29*(2), 220-235.
- Bachman, J. G., Safron, D. J., Rogala Sy, S., & Schulenberg, J. E. (2003). Wishing to work: New perspectives on how adolescents' part-time work intensity is linked to educational disengagement, substance use, and other problem behaviours. *International Journal of Behavioral Development, 27*(4), 301-315.

Conciliation travail-études

- Beauchesne, C., & Dumas, S. (1993). *Étudier et travailler. Enquête réalisée auprès des jeunes du secondaire sur le travail rémunéré durant l'année scolaire*. Québec : Ministère de l'Éducation, Gouvernement du Québec.
- Biddle, N. (2007). The labour market status of Australian students: Who is unemployed, who is working and for how many hours? *Journal of Education and Work*, 20(3), 179-209.
- Braverman, M. T., Paterson, C. A., Chin Young, J., Weisskirch, R. S., & King, N. J. (2002). Career awareness and part-time work examined in lives of high school seniors. *California Agriculture*, 55-60.
- Deković, M., Buist, K. L., & Reitz, E. (2004). Stability and change in problem behavior during adolescence: Latent growth analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 1-12.
- Deslandes, R., Potvin, P., & Leclerc, D. (1999). Validation québécoise de l'échelle de l'autonomie de l'adolescent. *Science et comportement*, 27(3), 37-51.
- Dumont, M. (2007). Le travail à temps partiel durant les études chez les élèves du secondaire : impacts sur leur adaptation scolaire et psychosociale. *Éducation et francophonie*, XXXV(1), 161-181. Commande en ligne le 21 avril 2009 : <http://www.acelf.ca/c/revue/commande.php>.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Measuring the concerns of Australian adolescents: Developing a concise classificatory system. *Australian Educational Researcher*, 23(1), 47-64.
- Green, D.L. (1990). High school student employment in social context: Adolescents' perceptions of the role of part-time work. *Adolescence*, XXV(98), 425-434.
- Greenberg, E., Josselson, R., Knerr, C., & Knerr, B. (1975). The measurement and structure of psychosocial maturity. *Journal of Youth and Adolescence*, 4, 127-143.
- Holsen, I., Kraft, P., & Vittersø, J. (2000). Stability in depressed mood in adolescence: Results from a 6 year longitudinal panel study. *Journal Youth in Adolescence*, 29(1), 61-78.
- Institut Fraser. Actualité (15 novembre 2003). *Palmarès 2003 des écoles secondaires*, 1-40.
- Kouvonen, A., & Lintonen, T. (2002a). Adolescent work and drug experiments. *Journal of Substance Use*, 7, 85-92.
- Kouvonen, A., & Lintonen, T. (2002b). Adolescent part-time work and heavy drinking in Finland. *Addiction*, 97, 311-318.
- Lacharité, C., & Villemure, J. Liste des comportements (jeunes 11-18 ans). Traduction du Achenbach, T. M. (1991). *Youth Self-Report*. Université du Vermont. Document inédit.
- Largie, S., Field, T., Hernandez-Reif, M., Sanders, C. E., & Diego, M. (2001). Employment during adolescence is associated with depression, inferior relationships, lower grades, and smoking. *Adolescence*, 36(142), 395-401.
- Leclerc, D., Pronovost, J., & Dumont, M. (2009). Échelle de coping pour adolescent : Validation canadienne-française de l'Adolescent Coping Scale de Frydenberg et Lewis (1993). *Revue québécoise de psychologie*, 30(1), 177-196.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. L. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143-169.
- McCoy, S., & Smyth, E. (2007). So much to do, so little time: part-time employment among secondary students in Ireland. *Work, Employment and Society*, 21(2), 227-246.
- Mortimer, J. T., & Staff, J. (2004). Early work as a source of developmental discontinuity during the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16(4), 1047-1070.
- Mortimer, J. T., Harley, C., & Staff, J. (2002). The quality of work and youth mental health. *Work and Occupations*, 29(2), 166-197.
- Nagin, D. (1999). Analyzing developmental trajectories : A semiparametric, group-based approach. *Psychology Methods*, 4, 139-157.
- Paschall, M. J., Flewelling, R. L., & Russell, T. (2004). Why is work intensity associated with heavy alcohol use among adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 34, 79-87.
- Plancherel, B., Bettschart, W., Bolognini, M., Dumont, M., & Halfon, O. (1997). Influence comparée des événements existentiels et des tracas quotidiens sur la santé psychique à la préadolescence. *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45(3), 126-138.

- Pronovost, J., Morin, N., Dumont, M., & Leclerc, D. (1997). Stratégies d'adaptation des adolescents. Traduction française du « Adolescent Coping Scale » de Frydenberg et Lewis (1993).
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-Image*. New York: Princeton University Press.
- Safron, D. J., Schulenberg, J. E., & Bachman, J. G. (2001). Part-time work and hurried adolescence: The links among work intensity, social activities, health behaviors, and substance use. *Journal of Health and Social Behavior, 42*, 425-449.
- Santana, V. S., Cooper, S. P., Roberts, R. E., & Araújo-Filho, J. B. (2005). Adolescent students who work: Gender differences in school performances and self-perceived health. *International Journal of Occupational and Environmental Health, 11*(3), 294-301.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
- Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Negative correlates of part-time employment during adolescence: Replication and elaboration. *Developmental Psychology, 27*(2), 304-313.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology, 25*, 305-316.
- Warren, J. R., LePore, P. C., & Mare, R. D. (2001). Employment during high school : Consequences for students' grades in academic courses. *American Educational Research Journal, 37*(4), 943-969.
- Weller, N. F., Cooper, S. P., Basen-Engquist, K., Kelder, S. H., & Tortolero, S. R. (2003). School-year employment among high school student : Effects on academic, social, and physical functioning. *Adolescence, 38*(151), 441-458.

RÉSUMÉ

Que savons-nous des conséquences à plus long terme de la conciliation travail-études sur l'adaptation scolaire et psychosociale des élèves? Nous avons examiné cette question auprès de cinq groupes de jeunes travailleurs. Plusieurs questionnaires mesuraient leurs tracas quotidiens, leur niveau de détresse psychologique et leurs ressources personnelles. Le meilleur cheminement pour l'adaptation scolaire correspond à celui des élèves dont le nombre d'heures consacrées à un travail à temps partiel diminue entre le milieu et la fin du secondaire. Les élèves qui ne travaillent pas, ou qui travaillent beaucoup, expérimentent à la fois des coûts et des bénéfices adaptatifs. La conclusion porte sur l'analyse de certains facteurs de protection en rapport avec la conciliation travail-études des adolescents.

MOTS CLÉS

travail à temps partiel, résultat scolaire, adaptation psychosociale, étude longitudinale, adolescence

ABSTRACT

What do we know about the long term consequences of work-study balance on students' academic and psychosocial adjustment? We have examined this question with five groups of young workers evaluated in grade 9 and grade 11. Many questionnaires were completed by adolescents from Quebec to measure their daily hassles, psychological distress, and personal resources. The most beneficial path for school adjustment was that in which the number of hours devoted to a part-time job decreased between the middle and end of high school. Furthermore, students who do not work, as well as those who work a lot, experience both costs and benefits regarding their adjustment. The conclusion discusses some protective factors related to the balance between work and school during adolescence.

KEYWORDS

part-time work, school grades, psychosocial adjustment, longitudinal study, adolescence

TRAITS DE PERSONNALITÉ ET SANTÉ PHYSIQUE À L'ADOLESCENCE

PERSONALITY TRAITS AND PHYSICAL HEALTH IN ADOLESCENCE

Dave Miranda¹
Université d'Ottawa

Julien Morizot
Université de Montréal

Alexandre J. S. Morin
Université de Sherbrooke

Régine Debrosse
Université de Montréal

INTRODUCTION

Qui n'a pas déjà entendu un parent dire à son enfant que l'important dans la vie, c'est de demeurer soi-même et d'être en santé? Ce vieil adage illustre que le développement normal de la personnalité et le maintien d'une bonne santé physique préoccupent de nombreux parents, chercheurs et intervenants de la santé. Cependant, la personnalité et la santé sont des concepts multidimensionnels dont la complexité dépasse de loin ce que ce vieil adage laisse entrevoir. En fait, la personnalité se définit globalement comme une synthèse des caractéristiques psychologiques propres à la nature humaine, dont les patrons reliés aux différences individuelles (cognitives, émotionnelles et comportementales) dévoilent une continuité partielle à travers les situations et le temps, et ce, selon l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Morizot & Miranda, 2007a; Pervin & John, 2005). La santé se caractérise aussi de façon très large; le premier principe de la Constitution de l'OMS la définit d'ailleurs ainsi : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (Organisation mondiale de la santé, 1946, 2006, p. 1).

Le vieil adage parental cité précédemment résumerait pourtant bien des choses puisque la personnalité et la santé englobent les caractéristiques psychologiques et physiques fondamentales des êtres humains. La personnalité et la santé partagent ainsi une conception holistique et biopsychosociale de l'être humain (Engel, 1977; John, Robins, & Pervin, 2008), et étudier leur interface s'inscrit dans une perspective développementale couvrant tout le cycle de vie, soit de la petite enfance à la vieillesse (Friedman, 2000; Hampson & Friedman, 2008; Hampson, Goldberg, Vogt, & Dubanoski, 2006; Smith & Spiro, 2002). Puisque l'adolescence est une période d'effervescence, en termes de transitions et d'adaptations biologiques, psychologiques et sociales (Lerner & Steinberg,

1. Adresse de correspondance : École de psychologie, Université d'Ottawa, 145, rue Jean-Jacques Lussier, Ottawa (ON) K1N 6N5. Courriel : dave.miranda@uottawa.ca

2004), les interrelations personnalité-santé qui s'y établissent pourraient influencer la trajectoire que prendra la vie future d'un adolescent.

Traits de personnalité et santé physique

La personnalité est un construit multidimensionnel qui représente l'aspect le plus global et cohésif du système psychologique humain tandis que les traits constituent ses dimensions relativement plus stables (Morizot et Miranda, 2007a, 2007b)¹. Dans ce contexte, et bien que l'étude de la personnalité déborde ce cadre, nous nous centrerons principalement sur les traits de personnalité. Divers postulats peuvent guider la compréhension des traits de personnalité. Nous en présentons quelques-uns qui s'avèrent plus pertinents dans le cadre de la présente recension (pour un exposé détaillé de l'approche des traits, voir Morizot & Miranda, 2007a, 2007b). Les traits de personnalité sont des dimensions (ou continuums) universels qui caractérisent tous les individus, mais à divers niveaux. Les traits agissent aussi à titre de prédispositions, puisqu'ils exercent une influence causale potentielle qui augmente (ou diminue) la probabilité de manifester certains comportements, de ressentir certaines émotions et d'avoir certaines cognitions. Ensuite, les traits seraient les produits de processus évolutifs (sélection naturelle) et seraient ainsi probablement liés à l'adaptation, à la survie et à la reproduction de l'espèce humaine. Ils seraient d'ailleurs partiellement héréditaires puisque « transmissibles » d'une génération à l'autre. Les traits sont partiellement influencés par la biologie (p. ex., neurotransmetteurs) et l'environnement (p. ex., apprentissage social). Finalement, ils demeurent relativement stables dans différentes situations et dans le temps.

L'influence présumée des traits de personnalité sur les divers aspects de la santé concerne, entre autres, les maladies chroniques (p. ex., maladies cardiovasculaires), les comportements face à la maladie (*illness behavior*, p. ex., autoévaluation de sa santé), les comportements à risque pour la santé (*risky health behavior*, p. ex., consommation inadaptée de psychotropes) et les conséquences positives pour la santé (*positive health outcomes*; p. ex., bien-être subjectif) (Vollrath, 2006). Il sera pourtant impossible de couvrir tous ces aspects de la santé dans la présente recension. Ainsi, nous tenterons d'aborder la santé physique sous l'angle des maladies physiques chroniques. Nous accordons une attention particulière aux mesures de maladies physiques chroniques puisqu'elles sont parmi les plus objectives en recherche.

1. Il est difficile de définir en quelques lignes un concept aussi complexe que la personnalité humaine, puisqu'elle peut se définir selon différents angles et englobe divers éléments qui sont à la fois indépendants et complémentaires, tels que les processus sociocognitifs, les traits ou les narratifs de vie (voir McAdams, 2006).

Maladies chroniques à l'adolescence

Les maladies physiques chroniques se caractérisent par une étiologie impliquant de multiples causes, un développement progressif s'échelonnant souvent à long terme et par des soins de santé étant souvent davantage orientés vers la gestion de la maladie plutôt que sa guérison (Sanderson, 2004). Parmi les maladies physiques chroniques, on retrouve les cancers, le diabète, les troubles cardiovasculaires, les maladies musculo-squelettiques ou arthritiques et les maladies respiratoires chroniques (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Évidemment, tout au cours de la vie, la prévention des maladies physiques chroniques forme un objectif sociétal majeur. À cet égard, soulignons que la prévalence des maladies chroniques augmente non seulement dans les pays industrialisés, mais aussi dans plusieurs pays en voie de développement (Michaud, Suris, & Viner, 2007)¹.

Un récent rapport de l'OMS (Michaud et al., 2007) souligne que la prévalence des maladies chroniques à l'adolescence peut atteindre jusqu'à 15 %, mais que ce pourcentage peut diminuer en fonction du caractère restrictif de la définition utilisée. Au Canada, un rapport de Santé Canada révèle que de 26 à 36 % des élèves inscrits au secondaire en 1998 auraient déjà été atteints par une maladie ou un trouble médical persistant (King, Boyce, & King, 1999). Au Québec, environ 60 % des adolescents âgés de 13 ou de 16 ans en 1999 auraient eu au moins un problème de santé chronique ou de longue durée, notamment des allergies, de l'asthme et des problèmes cutanés (Levasseur, 1999). Enfin, bien que certaines maladies physiques chroniques surviennent plus souvent à l'âge adulte, certains de leurs facteurs de risque physiques peuvent commencer à se développer durant l'enfance et l'adolescence (Hampson & Friedman, 2008). Par exemple, le développement graduel du surplus de poids constitue – dès l'enfance – un facteur de risque précoce et progressif de maladies cardiovasculaires telles que l'athérosclérose à l'âge adulte (Keltikangas-Järvinen, 2002).

Traits de personnalité et maladies chroniques : l'hypothèse générale

Les traits de personnalité sont donc des prédispositions qui se développent tout au long de la vie, mais qui sont également reconnues pour leur relative stabilité dans le temps (Morizot & Miranda, 2007b). Cette

1. Les blessures non intentionnelles (*unintentional injuries*) représentent généralement la première cause de mortalité chez les jeunes; toutefois, soulignons que la majorité des adolescents vivent dans des pays en voie de développement où les maladies infectieuses constituent encore une cause de mortalité très importante parmi les jeunes (Blum & Nelson-Mmari, 2004).

relative stabilité temporelle des traits personnalité couplée à leur développement généralement lent et progressif ont poussé plusieurs chercheurs à émettre l'hypothèse générale qu'ils puissent influencer graduellement les maladies physiques chroniques, elles-mêmes caractérisées par un développement lent et progressif au cours de la vie (Hampson & Friedman, 2008; Vollrath, 2006).

Objectifs

L'objectif de cette recension des écrits est d'inviter les professionnels en psychologie œuvrant au Québec et ailleurs dans la francophonie à s'interroger sur les liens potentiels qui pourraient exister entre les traits de personnalité et la santé physique à l'adolescence. Le premier volet de cette recension des écrits consistera en un survol des études examinant si les traits de personnalité peuvent jouer un rôle dans le développement de maladies chroniques à l'adolescence. D'une part, bien qu'il ne semble pas exister de relations simples et directes entre chaque maladie physique et une liste de traits de personnalité qui lui serait exclusivement associée (Friedman & Booth-Kewley, 2003), par souci de clarté, la présente recension se limitera à présenter les trait de personnalité un à un. D'autre part, bien que nous nous centrons sur les maladies chroniques comme mesures objectives de la santé physique, le peu d'études trouvées portant sur l'adolescence nous obligera parfois à déborder sur divers autres comportements de santé (p. ex., bonne alimentation) et sur d'autres mesures de la santé physique (p. ex., facteurs de risque physiques tels qu'un indice de masse corporelle trop élevé). Le second volet de la présente recension consistera à décrire des modèles conceptuels expliquant les liens complexes entre les traits de personnalité et la santé physique. Enfin, des modèles développementaux récents seront aussi présentés.

ÉTUDES RELIANT TRAITS DE PERSONNALITÉ ET SANTÉ PHYSIQUE

Cette recension examine huit traits de personnalité parmi ceux qui sont les plus souvent associés à la santé physique : extraversion, amabilité, contrôle/esprit consciencieux, névrotisme, ouverture, hostilité, colère et optimisme (Friedman & Booth-Kewley, 2003; Sanderson, 2004; Smith & Gallo, 2001; Vollrath, 2006; Wiebe & Smith, 1997). En fait, les cinq premiers traits (extraversion, amabilité, contrôle/esprit consciencieux, névrotisme et ouverture) forment le modèle de la structure des traits de personnalité qui fait le plus consensus parmi les chercheurs et cliniciens (John, Naumann, & Soto, 2008; Morizot & Miranda, 2007a). Ces cinq grands traits (dit le *Big Five*) représenteraient en fait une taxinomie qui organise hiérarchiquement l'ensemble des traits primaires (ou plus

spécifiques) de la personnalité humaine (voir John et al., 2008). Bien que les trois derniers traits (hostilité, colère et optimisme) puissent être conceptualisés comme des traits primaires appartenant à l'un des cinq grands traits (p. ex. l'hostilité peut faire partie du névrotisme), ils seront considérés séparément dans cette recension des écrits étant donné leur importance et leur utilisation en psychologie de la santé. Chacun de ces huit traits sera d'abord brièvement défini. Ensuite, divers constats généraux et résultats spécifiques quant à leurs liens avec des maladies chroniques à l'adolescence seront présentés. Enfin, l'ensemble des relations potentielles identifiées entre les traits de personnalité et la santé physique seront synthétisées dans le Tableau 1.

Extraversion

L'extraversion se caractérise surtout par une disposition à manifester des niveaux plus élevés d'énergie, d'émotions positives, de recherche active de relations sociales et de sensations fortes (John et al., 2008; Morizot et Miranda, 2007a). Par exemple, les adolescents très extravertis sont plus enclins à rechercher constamment la compagnie de leurs amis, à être friands d'activités impliquant leurs pairs et de l'action (p. ex., *party*), ainsi qu'à éprouver plus facilement du plaisir dans leurs activités de la vie quotidienne.

Population générale

La méta-analyse de Friedman et Booth-Kewley (2003) suggère qu'un niveau plus élevé d'extraversion est associé à plus de maladies cardiovasculaires, bien que l'extraversion soit également reliée à moins d'arthrite, d'ulcères et d'asthme. Ces résultats en apparence contradictoires, qui associent l'extraversion soit à plus ou à moins de problèmes de santé physique, peuvent être expliqués par le fait que différents traits inclus dans l'extraversion peuvent être reliés différemment à la santé physique. Par exemple, le trait spécifique de « dominance sociale » serait parfois associé aux maladies cardiovasculaires (Smith et Gallo, 2001), alors que celui « d'affect positif » serait parfois associé à moins de problèmes de santé physique (Pressman & Cohen, 2005).

Population adolescente

L'extraversion plus élevée a été associée à moins de symptômes physiques autorévélés chez des adolescents (Deary, MacLulich, & Mardon, 1991). Une autre étude rapporte moins d'extraversion chez des adolescents présentant de l'hypertension (Thomas et Kirkcaldy, 1988). Enfin, l'extraversion plus élevée serait liée à plus d'activité physique de nature sportive à l'adolescence (De Bruijn, Kremers, van Mechelen, & Brug, 2005).

Tableau 1

Sommaire des relations potentielles (positives ou négatives) entre les traits de personnalité et la santé physique dans la population générale et dans la population adolescente

Traits de personnalité	Relation avec la santé physique dans la population générale	Relation avec la santé physique dans la population adolescente
Extraversion	+ -	+
Amabilité	+	+
Contrôle/esprit consciencieux	+	+
Névrotisme	-	-
Ouverture	+	+
Hostilité et colère	-	-
Optimisme	+	+

Note. L'utilisation des signes (+ et -) signifie uniquement que des études empiriques ont documenté des corrélations positives (+) ou négatives (-) entre un trait de personnalité et des mesures objectives de santé physique.

En somme, bien que des niveaux plus élevés d'extraversion semblent parfois associés à une meilleure santé physique à l'adolescence, il manque vraiment d'études empiriques longitudinales utilisant des mesures de maladies physiques chroniques et portant attention aux relations différentielles entre les différents traits primaires de l'extraversion et ces mesures objectives de santé physique.

Amabilité

L'amabilité se caractérise surtout par une propension aux comportements prosociaux, empathiques, altruistes et conciliants (John et al., 2008; Morizot & Miranda, 2007a). Ainsi, des adolescents avec un niveau élevé d'amabilité ont davantage tendance à être empathiques, à collaborer avec leurs pairs et enseignants, à maintenir de bonnes amitiés et à éviter la confrontation et les conflits.

Population générale

De faibles niveaux d'amabilité sont parfois associés à plus de comportements à risque pour la santé (Trobst, Herbst, Masters, & Costa, 2002). Par ailleurs, certains chercheurs montrent que le fait de démontrer moins de comportements reliés à l'amabilité pourrait également être associé à une pression sanguine plus élevée (D'Antono, Ditto, Moscovitz, & Rios, 2001).

Population adolescente

Hampson, Goldberg, Vogt, & Dubanoski (2007) ont trouvé qu'une amabilité plus élevée durant l'enfance peut prédire indirectement, par le niveau d'éducation et l'adoption de comportements de santé, une meilleure santé physique à l'âge adulte. En fait, l'amabilité plus élevée serait aussi liée à une meilleure alimentation à l'adolescence (De Bruijn et al., 2005). Enfin, deux études longitudinales indiquent que certains construits assez stables (p. ex., troubles des conduites), qu'il est possible d'associer à de faibles niveaux d'amabilité, peuvent prédire des problèmes de santé physique. En effet, les troubles des conduites et les troubles oppositionnels peuvent prédire des problèmes de santé physique chez des adolescentes (Bardone, Moffitt, Caspi, Dickson, Stanton, & Silva, 1998), alors qu'une trajectoire persistante de problèmes de comportements, de l'enfance à l'âge adulte, est associée à plus de problèmes de santé physique ultérieurs chez les garçons (Odgers et al., 2007).

Dans l'ensemble, malgré le manque apparent d'études empiriques, il semble malgré tout possible de suggérer que des niveaux plus élevés d'amabilité durant l'enfance et l'adolescence puissent prédire moins de problèmes de santé physique subséquents.

Contrôle/esprit consciencieux

Le contrôle (aussi appelé esprit consciencieux) se caractérise surtout par une capacité d'autocontrôle face aux impulsions, à une propension à adopter un comportement ordonné, planifié, responsable et discipliné, ainsi que par le respect des normes et conventions sociales (John et al., 2008; Morizot & Miranda, 2007a). Des adolescents plus consciencieux sont ainsi prédisposés à s'imposer la discipline nécessaire à l'atteinte de leurs objectifs personnels et à effectuer les sacrifices nécessaires au respect de leurs responsabilités sociales et à leur réussite sportive, artistique ou scolaire.

Population générale

Un résultat bien connu est que le contrôle/esprit consciencieux plus élevé durant l'enfance prédit plus de longévité à l'âge adulte (Friedman, Tucker, Tomlinson-Keasey, Schwartz, Wingard, & Criqui, 1993). Ce lien entre contrôle/esprit consciencieux et longévité serait assez complexe et ne serait pas totalement expliqué par le niveau d'éducation et la prudence face aux comportements à risque pour la santé (Friedman et al., 1995; Martin, Friedman, & Schwartz, 2007). Pourtant, un contrôle/esprit consciencieux plus faible est effectivement lié à plus de comportements à risque pour la santé (Torgersen & Vollrath, 2006). En fait, la combinaison d'extraversion plus élevée et de contrôle/esprit consciencieux plus faible

formerait un profil de personnalité particulièrement associé à plus de comportements à risque pour la santé (Torgersen & Vollrath, 2006).

Population adolescente

L'étude longitudinale de Hampson et al. (2006) indique, entre autres, qu'un indice de masse corporelle plus élevé à l'âge adulte (une mesure de surplus de poids reliée à plusieurs maladies chroniques) pouvait être prédit par un niveau de contrôle/esprit consciencieux plus faible à l'enfance. De même, un contrôle/esprit consciencieux plus élevé à l'adolescence pourrait être indirectement associé à une meilleure autogestion des soins de santé requis pour contrôler un diabète, et ce, en raison de la perception que ces soins sont efficaces (Skinner, Hampson, & Fife-Schaw, 2002). Enfin, Hampson et al. (2007) ont montré qu'un contrôle/esprit consciencieux plus élevé durant l'enfance prédisait indirectement une meilleure santé physique à l'âge adulte, et ce, par l'entremise du niveau d'éducation et de l'adoption de comportements de santé.

En somme, un niveau plus élevé de contrôle/esprit consciencieux dès l'enfance (ou au début de l'adolescence) pourrait prédire indirectement une meilleure santé physique et une plus grande longévité, en partie par l'atteinte d'une meilleure éducation et par l'adoption de meilleurs comportements de santé.

Névrotisme

Le névrotisme se caractérise surtout par une disposition à présenter un niveau élevé d'instabilité émotionnelle, d'humeur dépressive et d'anxiété (John et al., 2008; Morizot & Miranda, 2007a). Ainsi, des adolescents avec un niveau élevé de névrotisme sont davantage enclins à appréhender des conséquences négatives à leurs décisions, à ressentir des événements négatifs, à gérer plus difficilement leurs émotions négatives reliées au stress et à entretenir une humeur maussade ou irritable.

Population générale

Le névrotisme plus élevé serait davantage associé à l'expérience subjective de symptômes qu'à la présence réelle de maladies (Wiebe & Smith, 1997). Toutefois, de récentes études longitudinales montrent un lien prédictif entre des construits liés au névrotisme (p. ex., crainte, dépression et anxiété) et le développement de maladies cardiovasculaires (Smith & Gallo, 2001). La méta-analyse de Friedman et Booth-Kewley (2003) n'incluait pas le trait de névrotisme, mais indiquait que la dépression et l'anxiété étaient reliées à plus de maladies cardiovasculaires, d'asthme, d'arthrite, d'ulcères et de maux de tête. En fait, une étude récente suggère qu'un névrotisme plus élevé pourrait être associé à l'arthrite, au diabète,

aux maladies rénales/du foie, aux problèmes d'estomac et aux ulcères (Goodwin, Cox, & Clara, 2006). Toutefois, la recension de Ranchor et Sanderman (2006) souligne qu'il n'y a fort probablement pas de lien prédictif entre le névrotisme (ou d'autres construits connexes, tels que la personnalité de Type C, la répression des émotions, etc.) et le développement du cancer.

Population adolescente

Un niveau de névrotisme plus élevé a été associé à plus de symptômes physiques autorévélés chez des adolescents (Deary et al., 1991). Parmi les études recensées par la méta-analyse de Jorgensen, Johnson, Kolodziej et Schreer (1996), quelques-unes indiquent que l'affect négatif (*negative affect*), un construit similaire au névrotisme, était aussi associé à une pression sanguine plus élevée à l'adolescence. En revanche, les résultats de Rietveld, van Beest et Prins (2005) montrent que des adolescents souffrant d'asthme, mais aussi d'autres maladies chroniques, ne présentaient pas plus d'affect négatif (*negative affectivity*) qu'un groupe contrôle. Enfin, Skinner et al. (2002) ont montré que le névrotisme à l'adolescence était parfois indirectement associé à une meilleure autogestion des soins de santé nécessaires lors d'un diabète, mais seulement lorsque le névrotisme des adolescents sert à activer leur perception des conséquences négatives potentielles de leur maladie.

En somme, un niveau plus élevé de névrotisme serait non seulement associé à l'expérience subjective de symptômes, mais également à certains problèmes de santé physique. Les études empiriques à l'adolescence demeurent toutefois trop rares pour tirer des conclusions solides.

Ouverture

L'ouverture se caractérise surtout par une disposition à la créativité, à l'imagination, à la curiosité et à l'ouverture aux nouvelles expériences, notamment sur le plan des nouveautés intellectuelles et culturelles (John et al., 2008; Morizot & Miranda, 2007a). Des adolescents avec un niveau élevé d'ouverture sont donc plus enclins à être créatifs et passionnés dans leurs activités artistiques, scolaires et culturelles.

Population générale

L'étude longitudinale de Jonassaint, Boyle, Williams, Mark, Siegler et Barefoot (2007) suggère que certains traits primaires de l'ouverture, notamment « l'ouverture aux sentiments » et « l'ouverture aux actions nouvelles », pourraient être associés à une plus grande longévité chez des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires.

Population adolescente

Hampson et al. (2007) ont observé qu'un niveau plus élevé d'ouverture lors de l'enfance prédisait indirectement une meilleure santé physique à l'âge adulte par l'entremise du niveau d'éducation et de l'adoption de comportements de santé. Enfin, un niveau d'ouverture plus élevé serait aussi associé à une meilleure alimentation à l'adolescence (De Bruijn et al., 2005).

Les écrits recensés soulignent surtout le manque d'études examinant les liens entre l'ouverture et la santé physique. Néanmoins, quelques résultats récents suggèrent que, dès l'enfance, un niveau plus élevé d'ouverture pourrait prédire indirectement une meilleure santé physique.

Hostilité et colère

L'hostilité et la colère se manifestent parfois sous la forme de traits présents dans la personnalité dite de Type A, un profil comportemental englobant plusieurs caractéristiques, dont l'hostilité, la colère, la soif de réussite, le travail acharné, la forte compétitivité et le fait de se sentir constamment pressé par le temps (Contrada, Cather, & O'Leary, 1999; Sanderson, 2004). Des adolescents plus hostiles et colériques seraient ainsi plus enclins à mal tolérer la critique, à se sentir constamment excédés par leurs pairs, leurs enseignants et leur famille et à manquer de patience en situation sociale.

Population générale

Les recensions des écrits indiquent que des niveaux plus élevés aux traits d'hostilité et de colère pourraient hausser le risque de maladies cardiovasculaires (Contrada et al., 1999; Friedman & Booth-Kewley, 2003; Sanderson, 2004; Smith & Gallo, 2001; Whiteman, 2006; Wiebe & Smith, 1997) et être également reliés à l'arthrite et à l'asthme (Friedman & Booth-Kewley, 2003).

Population adolescente

La recension de Grunbaum, Vernon et Clasen (1997) indique que les résultats des études reliant l'hostilité et la colère aux risques de maladies cardiovasculaires durant l'enfance et l'adolescence sont contradictoires, ce qu'ils attribuent à des lacunes méthodologiques, dont la validité de contenu de certains instruments de mesure utilisés avec des enfants et des adolescents. Clark (2006) souligne aussi les résultats contradictoires des études reliant la colère et la pression sanguine à l'adolescence. Par ailleurs, l'étude de Clark (2006) indique que la colère ne serait pas reliée directement à la pression sanguine à l'adolescence. Une étude montre toutefois que l'hostilité plus élevée prédit des facteurs liés au syndrome

métabolique (p. ex., indice de masse corporelle et pression sanguine élevés) chez les enfants et les adolescents (Räikkönen, Matthews, & Salomon, 2003). Enfin, un accroissement de comportements de Type A chez des garçons adolescents prédirait une augmentation de cholestérol et de l'indice de masse corporelle, mais également le syndrome métabolique (Keltikangas-Järvinen, 2002).

En somme, des niveaux plus élevés d'hostilité et de colère augmenteraient le risque de développer une maladie cardiovasculaire à l'âge adulte. Cependant, cette observation semble plus difficile à confirmer à l'adolescence, et ce, même en tentant de relier ces deux traits de personnalité à divers facteurs de risque physiques préalables aux maladies cardiovasculaires.

Optimisme

Le trait d'optimisme est une attente globale que des conséquences positives plutôt que négatives surviendront (Scheier & Carver, 1985). Des adolescents plus optimistes seraient plus enclins à percevoir et à organiser leurs relations sociales (p. ex., amitiés), les événements de vie (p. ex., transition scolaire) et leurs objectifs de vie (p. ex., réussite artistique et sportive) en fonction du fait que les choses devraient bien aller.

Population générale

Certaines des études recensées par Sanderson (2004) montrent que les optimistes récupèrent plus rapidement à la suite d'une chirurgie. Smith et Gallo (2001) recensent également des études longitudinales montrant que certains construits reliés au pessimisme élevé semblaient aussi prédire l'incidence de maladies cardiovasculaires. Enfin, la recension de Smith et Spiro (2002) relève des relations prédictives entre l'optimisme et la longévité.

Population adolescente

L'étude de Phipps, Long et Ogden (2007) indique un lien entre l'optimisme et une mesure de « bénéfices perçus » (*benefit finding*) sur le plan psychosocial, face à une maladie (p. ex., améliorations des relations interpersonnelles), tels que révélés par des enfants et des adolescents atteints de cancer. Schlösser et Havermans (1992) ont trouvé que l'optimisme était associé à l'autoefficacité (*self-efficacy*) chez des enfants et des adolescents asthmatiques. Toutefois, un optimisme « irréaliste » (*unrealistic optimism*) serait aussi associé à une plus grande adoption de comportements posant un risque pour la santé chez les adolescents, tels que la surexposition au soleil, un facteur de risque du cancer de la peau (Sjöberg, Holm, Ullén, & Brandberg, 2004).

Parmi les études empiriques recensées, le trait d'optimisme semble surtout associé à des comportements d'adaptation face à des maladies chroniques au cours de l'adolescence. Toutefois, le manque d'études longitudinales empêche de bien saisir quel serait le rôle potentiel de l'optimisme dans l'incidence de maladies physiques chroniques à l'adolescence.

MODÈLES CONCEPTUELS RELIANT PERSONNALITÉ ET SANTÉ PHYSIQUE

Dans cette section, nous résumons d'abord la synthèse offerte par Wiebe et Fortenberry (2006), qui classifient en quatre types les modèles conceptuels classiques mettant en lien la personnalité et le développement de maladies physiques (voir aussi Smith & Gallo, 2001; Wiebe & Smith, 1997). Nous présentons ensuite des modèles plus récents qui s'inscrivent dans une perspective développementale.

Premièrement, Wiebe et Fortenberry (2006) décrivent les « modèles de modération du stress » (*stress-moderation models*), où la personnalité agit à titre de « modérateur » et où le stress agit comme facteur de risque augmentant les risques de maladies physiques. Dans ces modèles, la personnalité peut soit diminuer l'effet nuisible du stress (c.-à-d. la personnalité comme facteur de protection), soit augmenter l'effet néfaste du stress (c.-à-d. la personnalité comme facteur précipitant ou facteur de vulnérabilité). Par exemple, des adolescents avec un niveau élevé de névrotisme auraient tendance à percevoir les sources de stress dans leur vie comme étant encore plus menaçantes et aggraveraient ainsi eux-mêmes l'effet néfaste du stress sur leur santé physique (Wiebe & Fortenberry, 2006).

Deuxièmement, Wiebe et Fortenberry (2006) décrivent ensuite les « modèles de comportements de santé » (*health behavior models*), où la personnalité influence le développement d'une maladie physique, mais seulement par l'intermédiaire (c.-à-d. par un effet de médiation) de comportements salutaires (p. ex., exercice) ou dommageables (p. ex., tabagisme) pour la santé physique. Par exemple, l'étude de Hampson et al. (2007) montrait qu'un contrôle/esprit consciencieux plus élevé pouvait prédire l'adoption de comportements de santé tels que de saines habitudes alimentaires (médiateurs), lesquels permettent en retour de prédire une meilleure santé physique.

Troisièmement, Wiebe et Fortenberry (2006) décrivent les « modèles comportementaux et les modèles d'autorégulation face à la maladie » (*illness behavior and illness self-regulation models*). Dans ces modèles, la personnalité influence à la fois des comportements liés au fait de se croire

malade physiquement (p. ex., un névrotisme plus élevé augmenterait la perception subjective de symptômes physiques; Wiebe & Smith, 1997), mais aussi les comportements d'adaptation à la suite d'une maladie diagnostiquée (p. ex., un contrôle/esprit consciencieux plus élevé à l'adolescence serait indirectement associé à une meilleure autogestion des soins requis pour contrôler un diabète; Skinner et al., 2002).

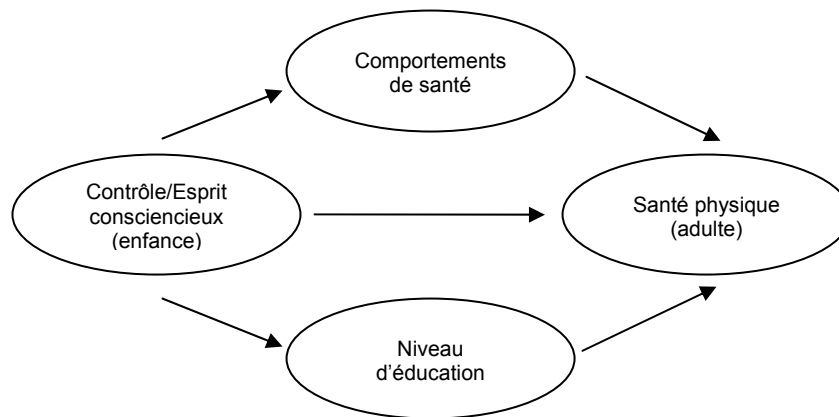
Enfin, Wiebe et Fortenberry (2006) décrivent les « modèles de prédispositions constitutives ou biologiques » (*constitutional predisposition or biological models*), où une cause commune précoce, tel un facteur génétique, agit simultanément sur le développement d'un trait de personnalité et d'une maladie physique chronique. Selon un tel modèle, une corrélation entre un trait de personnalité donné et une maladie physique donnée s'avère trompeuse lorsque ce trait et cette maladie sont corrélés uniquement en raison d'une cause commune (p. ex., vulnérabilité génétique). À notre connaissance, peu d'études empiriques offrent des exemples correspondant à ce dernier modèle. Néanmoins, Hampson et Friedman (2008) recensent certaines études qui suggèrent qu'un déséquilibre des niveaux de sérotonine (un neurotransmetteur) pourrait influencer à la fois la dépression (en tant que caractéristique de la personnalité) et certains problèmes cardiovasculaires. Dans un tel cas, la corrélation observée entre la dépression et les problèmes cardiovasculaires ne suggère pas nécessairement la présence d'une quelconque influence (unidirectionnelle ou réciproque), mais indiquerait plutôt la présence d'un déséquilibre de la sérotonine en tant que cause biologique commune.

Vers des modèles conceptuels adoptant une perspective développementale

Hampson et al. (2006) ont récemment présenté un « modèle de comportements de santé sur tout le cours de la vie » (*life span health-behavior model*). Ce modèle partage certaines caractéristiques des modèles présentés auparavant, surtout avec les « modèles de comportements de santé », mais tient compte plus explicitement du développement des individus. Ainsi, ce modèle propose que les traits de personnalité durant l'enfance ou au début de l'adolescence pourraient influencer la santé physique à l'âge adulte par l'entremise de facteurs médiateurs tels que les comportements salutaires ou dommageables pour la santé physique (voir également Hampson & Friedman, 2008; Smith & Spiro, 2002). Les études longitudinales de Friedman et al. (1995) et Hampson et al. (2006) portant sur le contrôle/esprit consciencieux suggèrent que cette médiation (trait de personnalité durant l'enfance → comportements santé → santé physique à l'âge adulte) ne serait que partielle, car les comportements de santé n'expliqueraient qu'une partie de

cette relation prédictive. Comme l'illustre la Figure 1, Hampson et al. (2007) ont aussi observé qu'un contrôle/esprit consciencieux plus élevé au cours de l'enfance pouvait prédire une meilleure santé physique à l'âge adulte, mais que les comportements de santé et le niveau d'éducation demeuraient des médiateurs partiels de ce lien prédictif. Ce constat persistant amène certains auteurs à se demander si le contrôle/esprit consciencieux n'aurait pas aussi une influence biologique directe sur la bonne santé physique (p. ex., génétique et neurophysiologique), bien qu'il soit très probable que d'autres médiateurs psychosociaux (p. ex., stratégies de *coping* face au stress) soient impliqués (p. ex., Friedman et al., 1995).

Pour leur part, Neyer et Lehnart (2006) décrivent un « modèle transactionnel-dynamique » (*dynamic-transactional model*) impliquant la personnalité, les relations sociales et la santé physique, ce qui s'inscrit d'emblée dans une perspective développementale. Selon Neyer et Lehnart (2006), tout au cours de la vie, les traits de personnalité influencent les relations sociales des individus (p. ex., soutien social) et ces dernières, en retour, influencent les traits de personnalité. Ce serait principalement la synergie des influences réciproques (c.-à-d. relations transactionnelles; traits ↔ relations sociales) qui aurait une influence sur la santé physique. Ce modèle transactionnel est d'autant plus pertinent qu'il intègre les relations sociales, un phénomène crucial à l'adolescence, une période de



Note. a = variable indépendante; b = variable dépendante; c = variable médiatrice

Figure 1. Aperçu simplifié d'un exemple associé au modèle de comportements de santé sur tout le cours de la vie (*life span health-behavior model*, d'après les travaux empiriques de Hampson et al., 2006, 2007; Friedman et al., 1995).

la vie où se déploie une réorganisation profonde des relations sociales avec les parents et les pairs (Claes, 2003).

Enfin, un autre modèle prometteur est celui de Gallo et Matthews (2003) qui décrit la possibilité qu'une accumulation d'émotions et de cognitions négatives (des construits reliés au névrotisme) serait parmi les nombreux facteurs qui médiatiseraient (c.-à-d. expliqueraient) partiellement la relation entre un statut socioéconomique plus faible et le développement de problèmes de santé ultérieurs (maladies cardiovasculaires). Une particularité de ce modèle est que le trait de personnalité ne serait pas qu'une variable prédictive en début de séquence développementale, mais également l'un des médiateurs potentiellement impliqués dans un processus développemental complexe. Parmi les pistes de recherche qu'ils ont identifiées, Gallo et Matthews (2003) évoquent les travaux de leurs collaborateurs (Chen, Matthews, & Boyce, 2002), afin de soulever l'hypothèse que cette médiation (plus faible statut socioéconomique → émotions et cognitions négatives → problèmes de santé physique) puisse potentiellement s'amorcer lors de la transition de l'enfance à l'adolescence. Étant donné que la pauvreté représente un facteur de risque très prévalent et extrêmement nuisible pour la santé mentale et physique, l'hypothèse de Gallo et Matthews (2003) s'avère hautement pertinente à vérifier.

CONCLUSION

Le principal objectif de la présente recension des écrits était d'inviter les professionnels en psychologie œuvrant au Québec et ailleurs dans la francophonie à réfléchir à la pertinence des relations potentielles existant entre les traits de personnalité et la santé physique à l'adolescence.

De façon générale, tous âges confondus, les études empiriques suggèrent que certains traits de personnalité pourraient potentiellement jouer un rôle prédictif faible ou modéré dans le développement de diverses maladies physiques chroniques, ou du moins dans l'émergence de certains facteurs de risque physiques associés à ces maladies. La présente recension fait surtout ressortir le manque criant d'études empiriques, notamment longitudinales, examinant les liens concurrents et prédictifs entre les traits de personnalité et les maladies physiques chroniques à l'adolescence. Ce manque d'études provient probablement, du moins en partie, du fait que l'étude des traits de personnalité durant l'enfance et l'adolescence a été trop longtemps négligée. Néanmoins, la présente recension relève certaines études empiriques dont les résultats suggèrent que les traits de personnalité pourraient jouer un rôle de facteur de risque (p. ex., amabilité trop faible) ou de protection (p. ex., contrôle/esprit consciencieux plus élevé) dans le développement de la

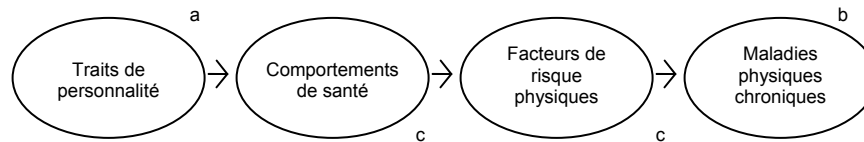
santé physique (p. ex., facteurs de risque physiques), et ce, dès l'adolescence¹.

Tel que résumé par la Figure 2, dans une perspective développementale, une des séquences prédictives les plus plausibles suggère que l'action des traits de personnalité au cours de l'enfance et de l'adolescence serait généralement médiatisée, ou expliquée, par des comportements de santé (p. ex., habitudes alimentaires) et ensuite par des facteurs de risque physiques (p. ex., pression sanguine élevée) avant d'en arriver à prédire l'émergence de certaines maladies chroniques à l'âge adulte (p. ex., maladies cardiovasculaires).

Applications cliniques: faire d'une pierre deux coups?

Il est clair que plus de travaux sont nécessaires afin de parvenir à des conclusions solides et nuancées quant aux relations complexes entre les traits de personnalité et la santé physique à l'adolescence. Ce champ de recherche en santé est très pertinent, mais l'information qu'il propose est actuellement trop incomplète pour permettre d'offrir des recommandations concrètes aux intervenants œuvrant auprès des adolescents en difficulté. Il est tout de même possible d'entrevoir une implication clinique générale, bien que conditionnelle à l'avancement de la recherche. Au Québec, comme ailleurs dans la francophonie, une importance particulière est accordée à la promotion de l'adaptation psychosociale des enfants et des adolescents, ainsi qu'au traitement et à la prévention de leurs psychopathologies le cas échéant (Dumas, 2007; Habimana, Éthier, Petot, & Tousignant, 1999; Vitaro & Gagnon, 2000). En fait, cette promotion de l'adaptation psychosociale revient souvent, du moins en partie, à promouvoir et à protéger le développement dit « normal » des traits de personnalité des enfants et des adolescents (Morizot & Miranda, 2007a). Dès lors, si les recherches futures démontrent que les traits de personnalité inadaptés à l'adolescence peuvent bel et bien agir dans le développement progressif des maladies chroniques — ce que certaines études longitudinales suggèrent déjà — alors les succès cliniques en psychologie de l'adolescence pourraient non seulement promouvoir le développement normal de la personnalité, mais aussi contribuer indirectement au maintien d'une bonne santé physique.

1. Par ailleurs, il est important d'approfondir les liens entre la santé physique et certains traits de personnalité primaires sous-tendant chacun des cinq grands traits (p. ex., « l'ouverture aux sentiments » et « l'ouverture aux actions nouvelles »; Jonassaint et al., 2007). Enfin, un autre courant de recherche prometteur est celui établissant des types (profils) de personnalité à risque pour la santé à partir de combinaisons de traits (p. ex., extraversion élevée et contrôle/esprit consciencieux faible; Torgersen et Vollrath, 2006).



Note. a = variable indépendante; b = variable dépendante; c = variable médiatrice

Figure 2. Aperçu simplifié d'une séquence développementale plausible entre les traits de personnalité et les maladies physiques chroniques.

À ce jour, un des exemples les plus pertinents pour les psychologues œuvrant auprès d'adolescents est probablement le trait de contrôle/esprit consciencieux qui prédit à la fois l'adaptation psychosociale (p. ex., réussite scolaire; Noffle & Robins, 2007) et la bonne santé physique (p. ex., longévité; Friedman et al., 1993). De la sorte, il est possible que dépister un niveau trop faible de contrôle/esprit consciencieux, ainsi qu'intervenir positivement sur le développement normal de ce trait, puisse offrir l'occasion aux cliniciens de faire d'une pierre deux coups. Les interventions psychologiques qui viseraient à promouvoir des niveaux optimaux du trait de contrôle/esprit consciencieux au cours de l'enfance et de l'adolescence feraient non seulement la promotion de l'autocontrôle, de comportements responsables et de détermination à l'atteinte de buts personnels, mais elles favoriseraient également le déclenchement d'autres facteurs psychosociaux médiateurs (tels que la réussite scolaire et les comportements de santé) pouvant eux-mêmes contribuer au maintien d'une bonne santé physique tout au cours de la vie. À ce propos, Hampson et Friedman (2008) désignent l'adolescence comme une période développementale critique pour intervenir auprès des jeunes, puisque cette période de la vie se caractérise par des niveaux moyens de contrôle/esprit consciencieux plus bas, lesquels augmentent le risque d'explorer et d'adopter des comportements à risque pour la santé physique (p. ex., consommation abusive de psychotropes).

Un autre exemple prometteur pour les psychologues œuvrant auprès des adolescents serait de promouvoir des niveaux élevés d'amabilité dès l'enfance et l'adolescence, puisque ce trait prédit une meilleure santé physique à l'âge adulte (Hampson et al. 2007). Ainsi, les intervenants aidant les jeunes à risque à adopter une conduite plus prosociale, plus empathique et plus altruiste envers leurs pairs, la famille et la société (p. ex., par l'entraînement aux habiletés sociales), feraient la promotion simultanée de leur adaptation psychosociale et de leur santé physique. À cet égard, les programmes de prévention de problèmes extériorisés durant l'enfance et l'adolescence (p. ex., prévention des conduites délinquantes) s'avèrent d'autant plus pertinents qu'ils permettraient d'éviter que des jeunes s'engagent dans des trajectoires antisociales persistantes qui sont,

entre autres, associées à des problèmes de santé physique à l'âge adulte (Bardone et al., 1998; Odgers et al., 2007).

En somme, une éventuelle confirmation de la relation prédictive entre les traits de personnalité bien adaptés et une meilleure santé physique au cours de l'adolescence contribuerait à rendre encore plus bénéfique le ratio coûts/bénéfices associé aux programmes de prévention des problèmes d'adaptation psychosociaux durant l'enfance et l'adolescence. Ces programmes de prévention psychosociaux présentent, par ailleurs, un ratio coûts/bénéfices qui se révèle déjà très intéressant (Vitaro & Gagnon, 2000).

Limites de la présente recension

La présente recension n'a pu se pencher sur d'autres construits psychologiques (p. ex., tempéraments, styles et processus de *coping* face au stress, états de dépression et d'anxiété, soutien social perçu et processus sociocognitifs d'autodétermination) qui sont également pertinents à mettre en lien avec la santé physique. De plus, d'autres aspects importants du concept de santé, dont le bien-être subjectif, n'ont pu être considérés. D'ailleurs, il faut surtout souligner que les résultats recensés, y compris ceux des études longitudinales, demeurent corrélationnels et ne démontrent aucun lien de causalité. Enfin, les maladies physiques peuvent résulter de nombreux facteurs (p. ex., génétiques, traumatiques, sanitaires, etc.) et la petite taille d'effet statistique attribuable à la personnalité suggère qu'elle n'est qu'un facteur parmi d'autres (Friedman & Booth-Kewley, 2003). Néanmoins, un rôle prédictif significatif propre aux traits de personnalité souligne malgré tout l'intérêt de les considérer, ne serait-ce qu'à titre complémentaire, pour la prévention biopsychosociale des maladies physiques chroniques.

Perspective future : la psychologie en tant que science de la santé

En somme, les travaux actuels en psychologie de la santé ne sont probablement pas encore assez nombreux et rigoureux sur le plan méthodologique pour permettre de conclure précisément quant aux manières dont les traits de personnalité peuvent jouer un rôle en tant que facteur de risque ou de protection dans le développement de la santé physique durant l'adolescence. La présente recension des écrits permet tout de même de cheminer vers une mise de côté de la dichotomie désuète entre santé mentale et santé physique, puisque l'une contribue à l'autre de multiples façons (p. ex., Engel, 1977). En ce sens, la psychologie contemporaine fait, entre autres, partie intégrante des sciences de la santé, et ce, bien que la tradition universitaire la délimite souvent au champ des sciences sociales. Le domaine interdisciplinaire de la

psychologie de la santé en constitue l'exemple classique. Cependant, chaque domaine de la psychologie (p. ex., développementale, scolaire, sociale, institutionnelle/organisationnelle, communautaire, de la personnalité, des neurosciences cognitives) contribue ultimement, de près ou de loin et à sa manière, à la santé physique. Concrètement, ceci relance le débat à savoir que les soins préventifs et cliniques de certain(e)s psychologues spécialisé(e)s soient éligibles à une meilleure couverture de la part du système universel de soins de santé. Nonobstant cette perspective biopsychosociale, les modèles que nous avons présentés illustrent que la relation développementale entre les traits de personnalité et la santé physique est complexe tant sur le plan de sa conceptualisation (p. ex., modèle transactionnel) que sur celui de sa démonstration empirique (p. ex., étude longitudinale utilisant des mesures objectives de santé physique).

Enfin, une piste de recherche importante repose sur le fait que ce domaine de recherche semble avoir négligé le rôle très concevable des maladies physiques chroniques (notamment le développement graduel de leurs symptômes) dans le développement des traits de personnalité (Hampson & Friedman, 2008). Cette constatation est très étonnante, et ce, pour au moins deux raisons. D'une part, certaines maladies physiques chroniques représentent une telle épreuve développementale, qu'elle peut entraîner une réorganisation biologique, psychologique et sociale chez l'enfant ou l'adolescent atteint (p. ex., diabète juvénile). D'autre part, les traits de personnalité sont changeants non seulement au cours de l'enfance et de l'adolescence, mais aussi tout au cours de l'âge adulte (Roberts & DelVecchio, 2000; Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006). Il ne serait donc pas étonnant que l'émergence d'une maladie physique chronique et grave change significativement, voire profondément, le développement des traits de personnalité de certains adolescents atteints. Cette perspective développementale semble plus méconnue et devrait être davantage approfondie par un effort concerté (recherche et clinique) en psychologie de l'adolescence.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (2008). *Maladies chroniques*. Document en ligne le 13 mai 2008 : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/index-fra.php>>.
- Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W. R., & Silva, P.A. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 594-601.
- Blum, R. W., & Nelson-Mmari, K. (2004). Adolescent health from an international perspective. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Éds), *Handbook of adolescent psychology* (2nd edition) (p. 553-586). Hoboken : John Wiley & Sons.
- Chen, E., Matthews, K. A., & Boyce, W. T. (2002). Socioeconomic differences in children's health : How and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*, 128, 295-329.

- Claes, M. (2003). *L'univers social des adolescents*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Clark, R. (2006). Interactive but not direct effects of perceived racism and trait anger predict resting systolic and diastolic blood pressure in black adolescents. *Health Psychology, 25*, 580-585.
- Contrada, R. J., Cather, C., & O'Leary, A. (1999). Personality and health : Dispositions and processes in disease susceptibility and adaptation to illness. In L. A. Pervin & O. P. John (Éds), *Handbook of personality, theory and research* (pp. 576-604). New York : The Guilford Press
- D'Antono, B., Ditto, B., Moscovitz, D. S., & Rios, N. (2001). Interpersonal behavior and resting blood pressure in college women. A daily monitoring study. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 309-318.
- Deary, I. J., MacLulich, A. M. J., & Mardon, J. (1991). Reporting of minor physical symptoms and family incidence of hypertension and heart disease-relationships with personality and Type A behaviour. *Personality and Individual Differences, 12*, 747-751.
- De Bruijn, G.-J., Kremers, S.P.J., van Mechelen, W., & Brug, J. (2005). Is personality related to fruit and vegetable intake and physical activity in adolescents? *Health Education Research, 20*, 635-644.
- Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (3^e édition). Bruxelles : De Boeck.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model : A challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health : Dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality, 68*, 1089-1107.
- Friedman, H. S., & Booth-Kewley, S. (2003). The « disease-prone personality » : A meta-analytic view of the construct. In P. Salovey & A. J. Rothman (Éds), *Social psychology of health. Key readings in social psychology* (pp. 305-324). New York : Psychology Press.
- Friedman, H. S., Schwartz, J. E., Tomlinson-Keasey, C., Tucker, J. S., Martin, L. R., Wingard, D. L., et al. (1995). Childhood conscientiousness and longevity : Health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 696-703.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Tomlinson-Keasey, C., Schwartz, J. E., Wingard, D. L., & Criqui, M. H. (1993). Does childhood personality predict longevity? *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 176-185.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health : Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin, 129*, 10-51.
- Goodwin, R. D., Cox, B. J., & Clara, I. (2006). Neuroticism and physical disorders among adults in the community : Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Behavioral Medicine, 29*, 229-238.
- Grunbaum, J. A., Vernon, S. W., & Clasen, C. M. (1997). The association between anger and hostility and risk factors for coronary heart disease in children and adolescents : A review. *Annals of Behavioral Medicine, 19*, 179-189.
- Habimana, E., Éthier, L. S., Petot, D., & Tousignant, M. (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Approche intégrative*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Hampson, S. E., & Friedman, H. S. (2008). Personality and health : A lifespan perspective. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Éds), *Handbook of personality, theory and research* (3rd edition) (p. 770-794). New York : The Guilford Press.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T.M., & Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on : Teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology, 25*, 57-64.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., & Dubanoski, J. P. (2007). Mechanisms by which childhood personality traits influence adult health status : Educational attainment and healthy behaviors. *Health Psychology, 26*, 121-125.
- John, O.P., Naumann, L.P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy : History, measurement, and conceptual issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Éds), *Handbook of personality, theory and research* (3rd edition) (p. 114-158). New York : The Guilford Press.

- John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (2008). *Handbook of personality, theory and research* (3rd edition). New York : The Guilford Press.
- Jonassaint, C. R., Boyle, S. H., Williams, R. B., Mark, D. B., Siegler, I. C., & Barefoot, J. C. (2007). Facets of openness predict mortality in patients with cardiac disease. *Psychosomatic Medicine*, 69, 319-322.
- Jorgensen, R. S., Johnson, B. T., Kolodziej, M. E., & Schreer, G. E. (1996). Elevated blood pressure and personality : A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 120, 293-320.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2002). Psychology and the risk for cardiovascular disorder : A developmental perspective. In L. Backman & C. von Hofsten (Éds.), *Psychology at the turn of the millennium. Vol. 1 : Cognitive, biological, and health perspectives* (p. 335-353). Hove : Psychology Press/Taylor & Francis.
- King, A.G.C., Boyce, W.F., & King, M.A. (1999). *La santé des jeunes : tendances au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. D. (2004). *Handbook of adolescent psychology* (2nd edition). Hoboken : John Wiley & Sons.
- Levasseur, M. (1999). État de santé physique et recours aux médicaments : chapitre 16. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* de l'Institut de la Statistique du Québec (p. 371-392). Sainte-Foy : Les Publications du Québec.
- Martin, L. R., Friedman, H. S., & Schwartz, J. E. (2007). Personality and mortality risk across the life-span : The importance of conscientiousness as a biopsychosocial attribute. *Health Psychology*, 26, 428-436.
- McAdams, D. P. (2006). *The person : A new introduction to personality psychology* (4th edition). New York : Wiley.
- Michaud, P.-A., Suris J.C., & Viner, R. (2007). *The Adolescent with a chronic condition : Epidemiology, developmental issues and health care provision*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Document en ligne le 2 avril 2008 : <http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595704/en/>.
- Morizot, J., & Miranda, D. (2007a). Approche des traits de personnalité : postulats, controverses et progrès récents. *Revue de psychoéducation*, 36, 363-419.
- Morizot, J., & Miranda, D. (2007b). Développement des traits de personnalité au cours de la vie : continuité ou changement? *Psychologie canadienne*, 48, 156-173.
- Neyer, F. J., & Lehnart, J. (2006). Personality, relationships, and health : A dynamic-transactional perspective. In M. E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (p. 195-213). Chichester : John Wiley & Sons.
- Noftle, E. E., & Robins, R. W. (2007). Personality predictors of academic outcomes : Big Five correlates of GPA and SAT Scores. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 116-130.
- Ogden, C. L., Caspi, A., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R.J., Harrington, H., et al. (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64, 476-484.
- Organisation mondiale de la santé (1946/2006). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé. Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition*. Genève : Auteur.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2005). *Personnalité : Théorie et recherche*. Montréal : ERPI.
- Phipps, S., Long, A. M., & Ogden, J. (2007). Benefit finding scale for children : Preliminary findings from a childhood cancer population. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1264-1271.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Räikkönen, K., Matthews, K. A., & Salomon, K. (2003). Hostility predicts metabolic syndrome risk factors in children and adolescents. *Health Psychology*, 22, 279-286.
- Ranchor, A. V., & Sanderman, R. (2006). The role of personality in cancer onset and survival. In M. E. Vollrath (Ed.), *Handbook of personality and health* (pp. 35-49). Chichester : John Wiley & Sons.

- Rietveld, S., van Beest, I., & Prins, P. J. M. (2005). The relationship between specific anxiety syndromes and somatic symptoms in adolescents with asthma and other chronic diseases. *Journal of Asthma, 42*, 725-730.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age : A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 126*, 3-25.
- Roberts, B. W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course : A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 132*, 1-25.
- Sanderson, C. A. (2004). Chapter 5 : Personality. In C. A. Sanderson (Éd.), *Health psychology* (pp.145-178). Hoboken : John Wiley & Sons.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health : Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
- Schlösser, M., & Havermans, G. (1992). A self-efficacy scale for children and adolescents with asthma : Construction and validation. *Journal of Asthma, 29*, 99-108.
- Sjöberg, L., Holm, L.-E., Ullén, H., & Brandberg, Y. (2004). Tanning and risk perception in adolescents. *Health, Risk, and Society, 6*, 81-94.
- Skinner, T. C., Hampson, S. E., & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health Psychology, 21*, 61-70.
- Smith, T. W., & Gallo, L.C. (2001). Personality traits as risk factors for physical illness. In A. Baum, T.A. Revenson, & J. E. Singer (Éds), *Handbook of health psychology* (p. 139-173) Hillsdale : Lawrence Erlbaum.
- Smith, T. W., & Spiro, A. III. (2002). Personality, health, and aging : Prolegomenon for the next generation. *Journal of Research in Personality, 36*, 363-394.
- Thomas, W., & Kirkcaldy, B. D. (1988). Personality profiles of adolescent hypertensives. *Personality and Individual Differences, 9*, 297-305.
- Torgersen, S., & Vollrath, M. E. (2006). Personality types, personality traits, and risky health behavior. In M. E. Vollrath (Éd.), *Handbook of personality and health* (pp. 215-233). Chichester : John Wiley & Sons.
- Trobst, K. K., Herbst, J. H., Masters, H. L. III, & Costa, P. T. Jr. (2002). Personality pathways to unsafe sex : Personality condom use and HIV risk behaviors. *Journal of Research in Personality, 36*, 117-133.
- Vitaro, F., & Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I. Les problèmes internalisés*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Vollrath, M. E. (2006). *Handbook of personality and health*. Chichester : John Wiley & Sons.
- Whiteman, M. C. (2006). Personality, cardiovascular disease and public health. In M. E. Vollrath (Éd.), *Handbook of personality and health* (pp. 13-34). Chichester : John Wiley & Sons.
- Wiebe, D. J., & Fortenberry, K. T. (2006). Mechanisms relating personality and health. In M. E. Vollrath (Éd.), *Handbook of personality and health* (pp. 137-156). Chichester : John Wiley and Sons.
- Wiebe, D. J., & Smith, T. W. (1997). Personality and health : Progress and problems in psychosomatics. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Éds), *Handbook of personality psychology* (pp. 891-918). New York : Academic Press.

RÉSUMÉ

Le développement de la personnalité et la santé physique à l'adolescence intéressent plusieurs professionnels de la psychologie. Ces deux concepts, personnalité et santé, partagent une conception holistique et biopsychosociale de l'individu. L'objectif de cette recension des écrits est d'inviter les professionnels de la psychologie œuvrant au Québec et ailleurs dans la francophonie à réfléchir à la question des liens potentiels entre les traits de personnalité et la santé physique à l'adolescence. Nous résumons d'abord les résultats d'études empiriques portant sur le rôle (facteur de risque ou de protection) des traits de personnalité dans le développement de certaines maladies chroniques. Enfin, nous décrivons

quelques modèles conceptuels expliquant des liens entre les traits de personnalité et la santé physique.

MOTS CLÉS

traits de personnalité, santé physique, maladies chroniques, adolescence, recension des écrits

ABSTRACT

Many professionals in psychology are preoccupied by personality development and physical health in adolescents. These two concepts, personality and health, share a holistic and biopsychosocial view of the individual. The objective of this literature review is to invite professionals in psychology working in Quebec and in other French speaking societies to reflect upon potential links between personality traits and physical health during adolescence. We first summarize the results of empirical studies pertaining to the role of personality traits as a risk or a protective factor in the development of some chronic diseases. Finally, we describe various conceptual models explaining links between personality traits and physical health.

KEY WORD

personality traits, physical health, chronic diseases, adolescence, literature review

LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT COMME CADRE DE RÉFÉRENCE DANS LES INTERVENTIONS AUPRÈS DES ADOLESCENTS

ATTACHMENT THEORY IN CLINICAL INTERVENTION WITH ADOLESCENTS

Karine Dubois-Comtois¹
Université du Québec à Trois-Rivières

Chantal Cyr
Université du Québec à Montréal

Selon la théorie de l'attachement, la résolution des enjeux développementaux associés à l'adolescence s'appuie à la fois sur la qualité de la relation d'attachement actuelle aux parents et sur les habiletés ayant été acquises grâce à une relation d'attachement sécurisante depuis l'enfance. En s'intéressant aux processus développementaux individuels et relationnels, cette théorie propose non seulement un cadre de référence pour comprendre le fonctionnement normatif et pathologique de l'adolescent, mais offre également aux cliniciens un modèle d'intervention des plus pertinents visant l'émergence d'habiletés n'ayant pu s'actualiser dans la relation parent-enfant.

À ce jour, de nombreux travaux théoriques et empiriques ont été réalisés sur l'attachement de l'enfant à son parent. Considérant que l'attachement est un des enjeux développementaux les plus importants dans la prédiction de l'adaptation socio-émotionnelle de l'enfant (Weinfield, Sroufe, Egeland, & Carlson, 1999), il n'est pas étonnant d'assister depuis quelques années à une effervescence d'études cliniques démontrant les bienfaits de programmes d'intervention fondés sur cette théorie (Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Juffer, 2003). Toutefois, ces travaux ont dans la majorité des cas porté sur la petite enfance. Ainsi, peu d'information existe sur le rôle de l'attachement, son évaluation et son application clinique à la période de l'adolescence. Pourtant, la théorie de l'attachement serait des plus utiles pour comprendre le développement de l'autonomie, un enjeu développemental incontournable à cette période. C'est d'ailleurs dans cette perspective que quelques chercheurs du domaine de l'attachement (p. ex., Allen, Porter, McFarland, McElhaney, & Marsh, 2007; Kobak, Sudler, & Gamble, 1991) ont tenté de documenter nos connaissances de l'attachement chez l'adolescent. En se basant sur ces travaux, lesquels appartiennent à un champ d'étude relativement nouveau, le présent article vise à mettre en lumière les aspects saillants de l'attachement à l'adolescence, tant sur le plan de sa conceptualisation que de son évaluation, afin de mieux situer dans la section suivante les pistes d'intervention thérapeutique fondées sur la théorie de l'attachement et visant à favoriser le bien-être de l'adolescent en difficulté.

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (QC), G9A 5H7. Téléphone : (819) 376-5011 poste 3518. Courriel : karine.dubois-comtois@uqtr.ca

L'ATTACHEMENT À L'ADOLESCENCE

Le concept de sécurité d'attachement fait référence à la capacité de l'individu de rechercher le réconfort auprès d'une figure significative lorsqu'il est en détresse et, une fois la détresse résorbée, à la capacité de se rendre disponible pour explorer l'environnement et favoriser ainsi ses apprentissages. Tout au long de la vie, les relations d'attachement apportent un soutien émotionnel à l'individu et un sentiment de continuité et de réconfort, particulièrement en période de stress et dans les moments de transition développementale, entre l'enfance et l'adolescence ou entre l'adolescence et l'âge adulte (Bowlby, 1982). La théorie de l'attachement propose aussi que les interactions quotidiennes entre le jeune enfant et son parent s'intériorisent en des modèles internes opérants – incluant des représentations de soi, des autres et des relations que l'enfant s'est créées au fil des années – qui lui permettent d'anticiper les comportements de son parent et de guider la façon dont il doit agir à l'égard de ce dernier et éventuellement à l'égard des autres (Bretherton & Munholland, 1999).

Redéfinir la relation parent-enfant en fonction du processus développemental d'individuation

À l'adolescence, le double rôle parental d'assurer le réconfort et la protection et de favoriser l'exploration est toujours d'actualité, mais il doit s'actualiser en fonction des nouveaux besoins du jeune. L'attachement à l'adolescence serait donc le résultat de la capacité de l'adolescent et de son parent à redéfinir leur relation d'attachement en considérant le processus d'individuation par lequel s'effectuent les transformations développementales du jeune, sur les plans social, cognitif et émotionnel. Selon la théorie de l'attachement, cette redéfinition se réalise par les échanges parent-adolescent portant sur les pensées et les états émotionnels de chacun (Bowlby, 1988). La co-construction d'une telle relation constituera un élément clé dans le maintien ou le développement de la sécurité d'attachement à cet âge.

Un des aspects les plus frappants du processus d'individuation à l'adolescence est le besoin grandissant du jeune de se distancier de son parent. Le temps passé en la présence du parent devient moins important (Larson, Richards, & Moneta, 1996), car la proximité physique n'est plus nécessaire pour assurer sa protection et son réconfort. C'est la confiance en la disponibilité et en l'accessibilité du parent en situation de besoin qui sera associée à la sécurité d'attachement (Gamble & Roberts, 2005; Markiewicz, Lawford, Doyle, & Haggart, 2006). Les échanges verbaux permettront au parent, tout en restant accessible, de laisser graduellement l'adolescent se distancier physiquement de lui. Ceci permettra à l'adolescent non seulement d'intérioriser une image symbolique sécurisante de sa figure d'attachement à laquelle il pourra se référer en

son absence, mais contribuera également à favoriser son exploration en dehors de leur relation. En effet, l'exploration ne porte plus sur l'environnement physique comme dans l'enfance, mais sur l'individualité de l'adolescent, soit ses idées et états émotionnels (Allen, Hauser, Eickholt, Bell, & O'Connor, 1994). Elle vise aussi l'investissement de nouvelles relations sociales avec les pairs ou un partenaire amoureux (Markiewicz et al., 2006). L'accès à la présence symbolique du parent, plutôt qu'à sa présence physique, fait en sorte que l'attachement à l'adolescence n'est plus seulement considéré comme une caractéristique relationnelle, mais une caractéristique individuelle, en d'autres mots un état d'esprit face à l'attachement qui guide la façon d'agir et de penser de l'adolescent ainsi que ses stratégies de régulation du stress (Fonagy, 2003; Main & Goldwyn, 1998).

Développement cognitif, émotionnel et social

L'attachement de l'adolescent n'est pas seulement influencé par la communication parent-enfant, mais également par les changements cognitifs, sociaux et émotionnels qui apparaissent à cette période. La Figure 1 illustre bien les interrelations entre les échanges parent-enfant, le développement de l'adolescent et ses représentations d'attachement et comment cette dynamique est particulièrement présente au début de l'adolescence. Le bas de la figure présente des modalités d'intervention qui seront évoquées dans la dernière section de l'article.

Notamment, sur le plan cognitif, le développement du raisonnement abstrait et d'une meilleure différenciation entre soi et les autres permet à l'adolescent de réaliser que certains individus seront davantage en mesure de répondre à ses besoins d'attachement que d'autres (Allen & Land, 1999). Ce processus cognitif facilitera la capacité de l'adolescent à réinterpréter les représentations qu'il a de ses figures d'attachement. Toutefois, celui ayant développé un lien d'attachement insécurisant sera davantage porté à présenter des perceptions erronées ou des distorsions cognitives à l'égard des situations affectives et même des difficultés métacognitives qui risquent d'influencer le cours de son développement cognitif (Jacobsen, Edelstein, & Hofmann, 1994) et ses capacités de mentalisation lors du travail thérapeutique.

Les états émotionnels plus intenses et changeants de l'adolescent (Rosenblum & Lewis, 2006) peuvent facilement activer son système d'attachement et faire qu'il se sente plus souvent submergé sur le plan émotionnel et impuissant à surmonter ses difficultés. La labilité émotionnelle de l'adolescent, combinée à ses besoins d'individuation, met à l'épreuve sa capacité à recourir à son parent en situation de stress et

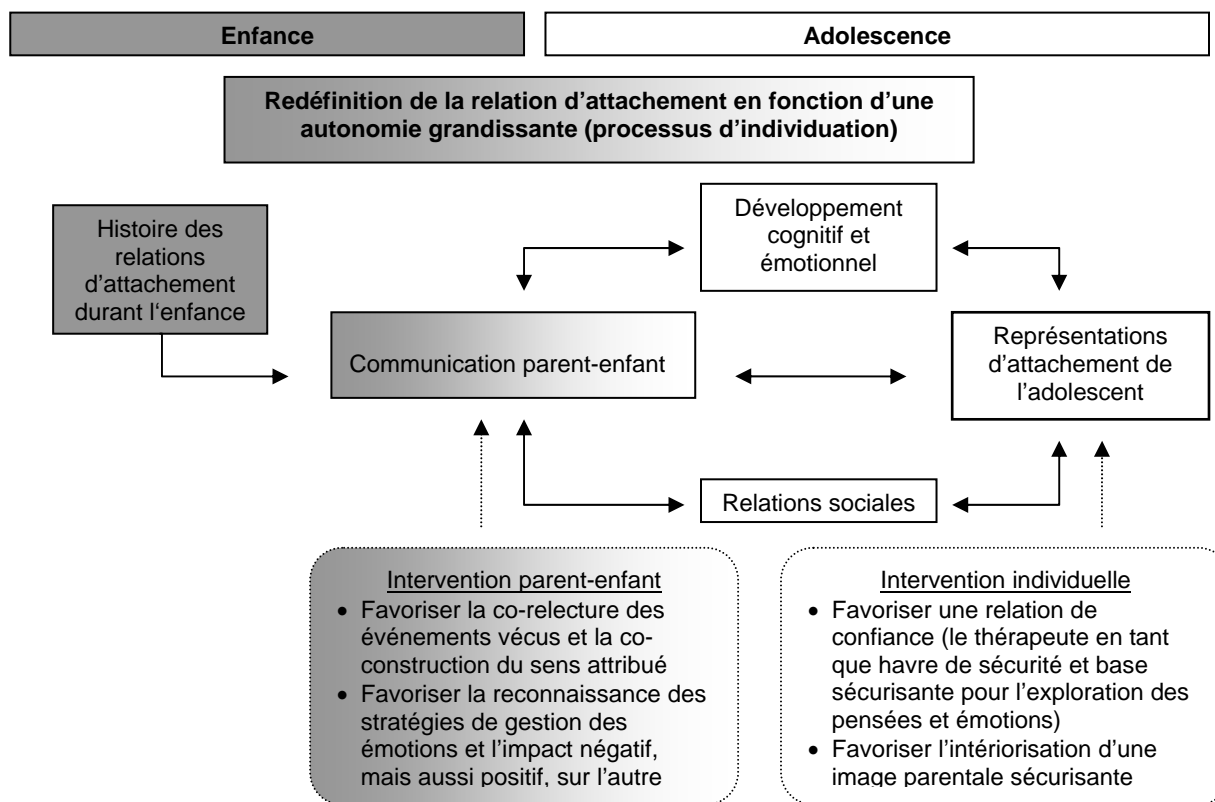


Figure 1. Le développement de l'attachement à l'adolescence et les cibles d'intervention.

met en évidence l'importance pour le parent (et le thérapeute) de préserver une communication optimale avec l'adolescent. Ceci est particulièrement vrai pour les adolescents ayant développé un attachement insécurisant, lesquels sont plus vulnérables au développement de troubles de l'humeur et de troubles de comportement (Allen, Moore, Kuperminc, & Bell, 1998; Allen et al., 2007; Margolese, Markiewicz, & Doyle, 2005; Marsh, McFarland, Allen, McElhane, & Land, 2003; Rosenstein & Horowitz, 1996).

Les relations sociales plus intimes avec les pairs et les partenaires amoureux peuvent constituer de nouvelles relations d'attachement sur lesquelles il est possible de compter en situation de stress ou d'adversité (Allen & Land, 1999). Ces nouvelles figures d'attachement peuvent répondre à des besoins que les anciennes figures ne parvenaient pas à combler. Markiewicz et ses collaborateurs (2006) ont montré que les adolescents ont davantage recours à leur mère pour satisfaire les besoins d'exploration, alors qu'ils se réfèrent à leurs amis en situation de stress et à leur partenaire amoureux pour la recherche de réconfort. L'élargissement du réseau de figures d'attachement permet à l'adolescent de réviser son état d'esprit d'attachement en réinterprétant les événements affectifs vécus dans l'enfance à la lumière de ses nouvelles relations avec les autres. Cette ouverture à l'établissement de nouvelles relations d'attachement est aussi profitable à l'émergence d'une relation d'attachement avec le thérapeute, lequel servira d'ancrage au travail thérapeutique.

ÉVALUATION DE L'ATTACHEMENT À L'ADOLESCENCE

L'*Entrevue d'attachement pour adulte* (Main & Goldwyn, 1998) est la mesure par excellence pour évaluer l'état d'esprit d'attachement de l'adolescent. Certains auteurs ont modifié légèrement l'entrevue afin d'en faciliter l'administration aux enfants aussi jeunes que dix ans (Ammaniti, van IJzendoorn, Speranza, & Tambelli, 2000). Cette entrevue semi-structurée porte sur la description et l'évaluation de la relation avec les parents dans l'enfance et le rappel d'événements stressants liés à l'attachement. Tout d'abord, l'entrevue permet d'évaluer la cohérence du discours, soit la capacité de s'exprimer clairement et d'organiser sa pensée lors du rappel d'événements chargés sur le plan émotionnel, en comparaison avec l'incohérence d'un discours impersonnel, parsemé de contradictions ou dissocié de la réalité. En évaluant des aspects moins conscients des relations d'attachement, cet outil donne aussi accès aux processus défensifs utilisés par les adolescents pour organiser l'information liée à l'attachement. En 1980, Bowlby décrivait quatre différents modèles de traitement cognitif que les individus utilisent pour traiter les informations liées à l'attachement : un premier modèle de traitement cognitif fondé sur *l'intégration flexible* et trois autres fondés sur *l'exclusion défensive* (désactivation, disjonction cognitive, ségrégation). La

connaissance de ces processus défensifs permettra au thérapeute voulant intervenir selon les principes de la théorie de l'attachement de mieux comprendre l'organisation de la pensée de l'adolescent (et de son parent) et son mode de fonctionnement relationnel.

Chacune des quatre catégories d'attachement évaluées à partir de l'*Entrevue d'attachement pour adulte* fait référence à un des modèles de traitement cognitif proposé par Bowlby (Main & Goldwyn, 1998).

Intégration flexible

L'intégration flexible est caractéristique de l'attachement sécurisant ou autonome. L'adolescent qui fait preuve d'intégration flexible s'exprime d'une manière cohérente par rapport à ses expériences d'attachement et ses affects, accorde de l'importance aux relations d'attachement et présente ses parents comme étant dignes de confiance. Ces adolescents sont particulièrement capables d'intégrer à la fois les émotions positives et négatives de leurs expériences passées et présentent un mode de fonctionnement réflexif (Fonagy, Steele, Moran, Steele, & Higgitt, 1991) qui met en évidence leur grande capacité à poser des jugements métacognitifs pour réévaluer les représentations qu'ils ont de leurs expériences d'attachement.

L'exclusion défensive : la désactivation

À l'inverse, une insécurité d'attachement est associée à l'exclusion défensive d'information, autrement dit à l'incapacité d'intégrer différentes informations liées aux expériences d'attachement. Précisément, la désactivation est caractéristique d'un attachement insécurisant détaché. L'adolescent qui fait preuve de désactivation coupe son attention de ses affects et de ses besoins afin de ne pas activer son système d'attachement et ainsi mieux tolérer les émotions soulevées par les expériences d'attachement (Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming, & Gamble, 1993). Dans son discours, il minimise ou même dénigre l'importance que revêt l'attachement. Il se souvient peu ou pas des expériences relationnelles avec ses parents et normalise ce qu'il a vécu avec ceux-ci. Alors que les situations négatives et leurs conséquences sont généralement niées, les figures d'attachement sont idéalisées, bien qu'elles aient ignoré ou minimisé les signaux de détresse de l'adolescent dans son enfance (Allen & Land, 1999).

Même si les adolescents avec un attachement détaché se présentent comme étant très fonctionnels (Dozier & Kobak, 1992), ils sont perçus par leurs pairs comme étant les plus hostiles (Kobak & Sceery, 1988). Ceci serait probablement lié au dénigrement des besoins relationnels et émotionnels. Par ailleurs, l'attachement détaché a été associé à plus

d'abus de substance, de délinquance et de troubles de conduite à l'adolescence (Allen, Hauser, & Borman-Spurrell, 1996; Kobak et al., 1991; Rosenstein & Horowitz, 1996). La difficulté d'être en contact avec les émotions semble donc rendre ces adolescents plus vulnérables à des passages à l'acte.

L'exclusion défensive : la disjonction cognitive

La disjonction cognitive est un processus défensif principalement utilisé par les individus présentant un attachement insécurisant préoccupé. L'adolescent qui fait preuve de disjonction cognitive redirige les informations liées à l'attachement afin de détourner son attention des événements ou des individus responsables de ses réactions émotionnelles. Par exemple, il attribue sa colère à la séparation parentale plutôt qu'au fait que ses parents ne soient pas disponibles pour lui. Ce faisant, l'adolescent ne reconnaît toutefois plus les raisons qui expliquent ses états émotionnels. Son discours est dès lors empreint d'incertitudes et de colère et prend souvent la forme de blâmes. L'adolescent préoccupé continue notamment à vivre beaucoup de frustrations à l'égard de ses expériences d'attachement passées et actuelles et bien qu'il soit très impliqué émotionnellement, il est incapable de les décrire de façon cohérente.

Les adolescents avec un attachement préoccupé ont eu des parents qui se sont montrés inconstants face à leurs besoins d'attachement, les amenant ainsi à développer des stratégies visant à activer leur système d'attachement (Kobak et al., 1993). Ces adolescents amplifient l'expression de leurs émotions afin de s'assurer d'attirer l'attention de ceux susceptibles de répondre à leurs besoins. Dans ce sens, quelques études ont démontré que ces adolescents présentent davantage de symptômes dépressifs et anxieux (Kobak et al., 1991; Rosenstein & Horowitz, 1996), de symptômes de stress et de sentiment de solitude (Larose & Bernier, 2001).

L'exclusion défensive : la ségrégation

La ségrégation est caractéristique des adolescents avec un attachement insécurisant non résolu. Selon Bowlby (1980), lorsqu'une expérience d'attachement constitue un trauma (p. ex., perte d'une figure d'attachement, abus sexuel ou physique) et que celle-ci est trop difficile à intégrer, cette expérience ainsi que les éléments affectifs qui y sont associés sont complètement ségrégués de la conscience. Toutefois, lorsque le souvenir de l'événement est réactivé par le contexte, l'adolescent ne possède conséquemment aucune stratégie pour intégrer ou contenir le matériel ségrégué qui refait surface. En entrevue, le discours de l'adolescent est alors envahi par la peur et l'impuissance qui le

désorganisent et l'amènent à des passages à l'acte ou à l'expression de propos empreints d'hostilité ou d'une grande passivité. Le discours autour des événements traumatisants est souvent très incohérent et parfois même dissocié de la réalité. Le manque de stratégie de régulation du stress est principalement dû au fait que l'événement traumatisant implique la figure d'attachement qui n'arrive plus à servir de source de réconfort pouvant attribuer un sens au trauma, car elle représente la source même de peur qui contribue à l'activation du système d'attachement (Hesse & Main, 2006).

En raison de leur grande difficulté d'autorégulation, les adolescents présentant un attachement insécurisant non résolu sont particulièrement vulnérables à la psychopathologie. Une plus grande proportion d'adolescents suicidaires ou avec des symptômes de dissociation démontre, notamment, des représentations d'attachement non résolu (Adam, Sheldon-Keller, & West, 1996; Carlson, 1998). De plus, Wallis et Steele (2001) ont observé que 59 % des adolescents issus d'un échantillon clinique présentent un attachement non résolu.

INTERVENTION AUPRÈS DES ADOLESCENTS EN FONCTION DE LA THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

Bien que peu de travaux rapportent l'utilisation de la théorie de l'attachement auprès des adolescents, cette théorie offre des pistes pertinentes pour orienter les interventions avec ces derniers. Nous résumons donc ici les principes les plus importants à considérer lors de son application clinique. Deux vignettes serviront ensuite à présenter sa pertinence clinique auprès de cette population.

Le *premier* principe de l'application clinique de la théorie de l'attachement est que son objet d'intervention est le mode de fonctionnement relationnel de l'individu. Dans ce sens, l'objectif premier vise à promouvoir le développement des habiletés qui émergent au sein d'une relation optimale avec la figure d'attachement en fonction de l'âge développemental de l'individu. Le *deuxième* principe est que l'intervention doit offrir la possibilité à l'individu de donner un nouveau sens à ses expériences d'attachement. Le *troisième* principe est que l'atteinte des objectifs ne peut se réaliser que par l'entremise d'un thérapeute agissant en tant que figure d'attachement sécurisante.

Plusieurs modalités thérapeutiques peuvent servir à l'application clinique de la théorie de l'attachement. Dans le présent article, nous aborderons tout d'abord la thérapie individuelle, forme thérapeutique plus traditionnelle. Nous présenterons ensuite une forme de thérapie moins connue des cliniciens et qui à, notre avis, mériterait d'être plus fréquemment utilisée pour promouvoir le bien-être de l'adolescent : la

thérapie parent-adolescent. Pour plusieurs, il peut paraître paradoxal de privilégier une telle modalité thérapeutique à l'adolescence. Toutefois, Obsuth, Moretti, Holland, Braber et Cross (2006) ont montré qu'une amélioration de la qualité des échanges parent-adolescent et une meilleure connaissance des principes de l'attachement chez le parent s'avéraient efficaces pour diminuer les troubles d'opposition des adolescents. Dans cette perspective, la thérapie parent-adolescent semble une excellente alternative à la thérapie individuelle lorsque l'adolescent présente des difficultés sur le plan de la mentalisation.

Thérapie individuelle

En 1988, Bowlby (p.138) proposait que l'objectif principal d'une thérapie fondée sur la théorie de l'attachement est de permettre au patient de réévaluer et de restructurer ses représentations d'attachement insécurisant à la lumière d'une nouvelle compréhension des relations acquise par l'entremise de la relation thérapeutique. Non seulement cet objectif met bien en évidence les principes de l'application de la théorie de l'attachement mentionnés plus tôt, mais il souligne aussi la façon d'y parvenir. La thérapie individuelle vise en effet à accompagner l'adolescent dans la révision de ses modèles d'attachement. Le moyen privilégié d'y parvenir est pour le thérapeute d'agir comme une figure sécurisante face à la détresse du jeune. De par l'écoute, la disponibilité et la constance du thérapeute, l'adolescent apprend, à travers le processus thérapeutique, à percevoir le thérapeute comme une personne sensible qui peut entendre sa détresse, la contenir et lui attribuer un nouveau sens en l'accompagnant dans la réinterprétation des expériences qu'il a vécues. Cette confiance permet à l'adolescent d'intérioriser une nouvelle figure d'attachement sensible qui lui permet maintenant d'entrer en contact avec sa souffrance et de l'appivoiser avec plus de facilité. En agissant à titre de havre de sécurité, le thérapeute parvient plus facilement à favoriser l'exploration de l'adolescent. En étant en situation de confiance, l'adolescent laisse le thérapeute le guider dans l'exploration de ses pensées et ses affects, autant des angoisses que les désirs. Ce processus favorisera l'émergence de comportements relationnels plus adéquats pour le jeune. Ainsi, au fur et à mesure que s'établit l'alliance thérapeutique, une « relation d'attachement » se tisse entre l'adolescent et son thérapeute.

L'observation des comportements et l'analyse du discours de l'adolescent en fonction des processus défensifs permettent au thérapeute de préciser son plan d'intervention auprès de l'adolescent. Il importe donc pour le thérapeute d'être attentif à la façon dont l'adolescent agit en sa présence et à la façon dont ce dernier se représente cette relation. D'abord, le thérapeute doit être attentif à la façon dont l'adolescent l'utilise en situation de détresse. A-t-il tendance à se confier facilement et à être en contact avec sa détresse? Cherche-t-il à minimiser ou à exagérer ses

besoins et affects ou encore est-il apeuré ou impuissant lorsqu'il est question de situations stressantes? Les perceptions que l'adolescent a du thérapeute fournissent également de l'information sur les représentations relationnelles du jeune. Par exemple, le thérapeute est-il décrit comme étant suffisamment disponible? À l'opposé, est-il idéalisé, dénigré, perçu comme intrusif ou encore décrit comme étant trop distant, inaccessible ou imprévisible et apeurant? Toujours en fonction des différents processus défensifs, le thérapeute doit être particulièrement attentif aux réactions de l'adolescent face aux séparations lors de vacances ou de séances manquées. En effet, selon la théorie de l'attachement, les épisodes de séparation déclenchent l'activation du système d'attachement et représentent ainsi un contexte permettant au thérapeute d'observer directement les stratégies d'attachement privilégiées par l'adolescent. En s'intéressant à ces situations, le thérapeute verra apparaître chez l'adolescent un mode de fonctionnement relationnel lié à l'un des quatre patrons d'attachement.

Le thérapeute a également accès à la façon dont l'adolescent se représente les expériences d'attachement avec ses parents dans ce qu'il raconte de leur relation. À la manière de celui qui évalue les stratégies d'attachement utilisées par l'individu pour organiser sa pensée lors de l'*Entrevue d'attachement pour adulte* (Main & Goldwyn, 1998), le thérapeute est attentif aux propos de l'adolescent lorsque celui-ci décrit la façon dont ses parents se sont occupés de sa détresse et se rappelle les situations ayant activé son système d'attachement (les séparations des figures parentales, les pertes d'êtres chers, les événements traumatisants). La cohérence et la capacité de rappel des événements relationnels stressants sont des éléments clés pouvant renseigner sur les représentations d'attachement de l'adolescent et ses processus défensifs.

En ayant accès au mode de fonctionnement relationnel de l'adolescent, le thérapeute pourra alors privilégier une stratégie d'intervention visant à favoriser la sécurité d'attachement de l'adolescent.

Lorsque l'adolescent a un état d'esprit autonome ou sécurisant face à l'attachement, il accorde de l'importance aux relations, que ce soit celle avec le thérapeute ou les autres relations sociales. Il est donc plus facile pour lui de s'engager pleinement dans le processus thérapeutique. Sa capacité de mentaliser et de réfléchir à la fois aux émotions positives et aux émotions négatives qui l'habitent (Fonagy et al., 1991) favorisent le travail thérapeutique et font de lui un candidat idéal pour la thérapie. Toutefois, la majorité des adolescents vus en clinique présentent plutôt un attachement insécurisant et possèdent un mode relationnel plus ou moins dysfonctionnel qui rend le travail thérapeutique plus difficile.

Un défi majeur du thérapeute dans le travail avec les adolescents ayant développé un attachement insécurisant détaché est d'établir une relation de confiance sur laquelle l'adolescent s'appuiera pour explorer ce qu'il vit. Par ailleurs, la capacité de réflexion de l'adolescent avec un attachement détaché est bien souvent compromise lorsque la tâche comporte des aspects affectifs (Humphress, O'Connor, Slaughter, Target, & Fonagy, 2002). Étant coupé de ses états affectifs, il devient difficile pour l'adolescent de réfléchir aux situations relationnelles, celles-ci étant empreintes d'émotions. Ainsi, lorsque celles-ci sont éveillées, notamment lors d'échanges avec le thérapeute, elles affectent sa capacité de raisonner de manière logique. Le rôle du thérapeute est donc d'aider l'adolescent à entrer en contact avec ses affects afin de lui permettre de développer une compréhension de ce qui se passe chez lui. Le travail visera alors à accueillir et à reconnaître la souffrance de l'adolescent, pour ensuite y répondre en nommant les états affectifs vécus afin qu'il puisse lui-même s'approprier ses états affectifs et abandonner l'utilisation de stratégies d'évitement et de désactivation. Notons toutefois que les adolescents avec un attachement détaché peuvent devenir facilement submergés sur plan affectif, particulièrement lorsqu'ils sont mis en contact avec le sentiment de rejet parental qu'ils ont vécu durant leur enfance. La fuite étant un mécanisme de défense associé à l'attachement détaché, le thérapeute doit être attentif aux absences de l'adolescent et aux comportements provoquant une fin de thérapie prématurée. Néanmoins, certains ont observé que dans une population clinique, ce sont les adolescents et les adultes avec un attachement détaché qui bénéficient le plus d'une thérapie, ceux-ci ayant l'occasion de s'ouvrir à un monde interne auquel ils n'avaient pas eu accès auparavant (Frottin, Filopovic, & Albert, 2007; Fonagy et al., 1996).

Le travail du thérapeute avec un adolescent ayant développé un attachement insécurisant préoccupé consiste à travailler les distorsions cognitives et émotionnelles de manière à rétablir un discours plus cohérent entre les expériences relationnelles et le vécu affectif de l'adolescent. Cette stratégie thérapeutique est directement liée au processus défensif de disjonction cognitive qu'utilisent ces adolescents, lorsqu'ils lient les affects négatifs à des situations ne les ayant pas sollicités de manière à ne pas avoir à gérer les sentiments conflictuels associés aux situations relationnelles les ayant réellement provoqués. Le travail du thérapeute s'apparente alors au développement d'un mode de fonctionnement réflexif décrit par Fonagy et Target (1997), soit la capacité de comprendre ses comportements et ceux de l'autre en s'appuyant sur ses affects et pensées. Réfléchir aux enjeux relationnels en intégrant différentes perspectives permettra à l'adolescent avec un attachement préoccupé de donner un sens à ce qu'il vit et de réinterpréter les événements vécus en fonction d'une compréhension différente et mieux intégrée de la réalité.

Par ailleurs, puisqu'un enjeu important de l'attachement préoccupé est la dépendance aux figures d'attachement, le thérapeute doit permettre à l'adolescent d'explorer par lui-même plutôt que de reproduire une relation de dépendance dans laquelle le thérapeute est le seul responsable de la réussite de la thérapie.

Afin d'évaluer la présence d'un état d'esprit correspondant à un attachement non résolu, le thérapeute doit être attentif à la façon dont l'adolescent fait le rappel des événements potentiellement traumatisants. Notamment, il doit porter une attention particulière aux failles dans l'organisation du discours, par exemple aux incohérences temporelles et spatiales, aux indices de dissociation, aux silences prolongés et sources d'anxiété profondes, ainsi qu'aux moments où l'adolescent s'attribue la responsabilité du trauma (Main & Goldwyn, 1998). La présence de peur et d'impuissance dans le discours de l'adolescent constitue également un indice de non-résolution. Le processus thérapeutique permettra de travailler ces aspects traumatisants qui viennent désorganiser la pensée et les comportements de l'adolescent, à un point tel que ce dernier est à risque élevé de passage à l'acte, que ses gestes soient dirigés vers lui ou autrui. L'événement traumatisant étant dissocié des autres événements accessibles à la conscience de l'adolescent, certains jeunes peuvent donner l'impression d'un sentiment de bien-être, ce qui n'est pas le cas. La première stratégie d'intervention à utiliser auprès de ces adolescents est de les amener à reconnaître les comportements de dissociation ou les passages à l'acte (p. ex., agressivité) afin qu'ils puissent prendre conscience des sentiments de peur et d'impuissance qui les habitent. Cette première étape est essentielle et permettra ensuite d'aider l'adolescent à se réappropriier l'expérience d'attachement, bien que traumatisante, et à lui donner un nouveau sens.

La pertinence pour le clinicien de posséder des connaissances sur la théorie de l'attachement est illustrée à l'aide d'un exemple de cas. Une adolescente de 17 ans consulte pour une difficulté d'acceptation liée à l'image de soi. En présence du thérapeute, elle se montre très distante et est peu loquace par rapport à ce qu'elle vit. Lorsque questionnée sur sa relation avec ses parents, l'adolescente divulgue un passé normalisé et très peu détaillé. Pendant de nombreuses semaines, le travail a porté sur l'établissement d'un lien de confiance entre la jeune et le thérapeute. Une fois cette confiance établie, le thérapeute a alors eu accès au profond sentiment de rejet que l'adolescente pouvait ressentir de la part de ses parents, particulièrement de la figure maternelle. Les absences du thérapeute, même si elles étaient travaillées, ont également fait vivre à l'adolescente un sentiment de rejet et ont amené cette dernière à prendre une distance, notamment en manquant des séances. Grâce au travail thérapeutique, l'adolescente a pris conscience, d'une part, que l'ensemble

de ses relations s'établissaient sur le mode de la distance et, d'autre part, que sa faible estime de soi et son image de soi négative étaient associées au rejet ressenti en présence de l'autre.

Cet exemple illustre bien comment le mode relationnel et le modèle d'attachement qui y est associé, dans le cas présent un attachement insécurisant détaché, ont un impact important sur le fonctionnement de l'adolescente. Ce mode relationnel fondé sur l'évitement et la minimisation des affects a été identifié par le thérapeute, discuté avec l'adolescente et travaillé dans le cadre de la thérapie. Le suivi a permis à l'adolescente de développer une confiance en l'autre et de s'ouvrir davantage. Ce changement qui s'est d'abord réalisé dans la relation thérapeutique a pu ensuite se généraliser à d'autres relations. En effet, l'adolescente a ensuite été capable de confronter ses parents par rapport à ses besoins qui, jusqu'alors, étaient réprimés.

Des études ont montré qu'un travail thérapeutique, qu'il soit à court ou à long terme, permet d'augmenter la sécurité des représentations d'attachement d'adolescents (Muscetta, Dazzi, & DeCoro, 1999) et d'adultes en difficulté (Diamond, Clarkin, Levine, Levy, Foelsch, & Yeomans, 1999; Fonagy et al., 1996). La création d'un lien d'attachement sécurisant avec une personne significative a été identifiée par des adolescents suicidaires comme étant un point tournant dans leur cheminement qui leur a permis de mettre un terme à leurs idées suicidaires et de développer une perception de soi plus positive (Bostik & Everall, 2007; Hoover & Paulson, 1999; Paulson & Everall, 2003). Selon Bostik et ses collègues, lorsque l'adolescent sent qu'une personne significative est entièrement disponible pour répondre à ses besoins, il se sent moins isolé et peut alors reconnaître ses forces et développer des interactions plus saines. Ainsi, l'établissement d'une relation thérapeute-adolescent sécurisante, à partir de laquelle les représentations des relations d'attachement seront révisées, apparaît comme une stratégie d'intervention pertinente et souhaitable auprès d'adolescents en difficulté.

Thérapie parent-adolescent

La thérapie parent-adolescent vise essentiellement à faire vivre une expérience relationnelle nouvelle à l'adolescent et à son parent, leur permettant de réinterpréter les représentations qu'ils ont de leur relation. Cette modalité thérapeutique offre aux membres de la dyade un nouveau mode de communication favorisant le développement d'interactions plus saines et sécurisantes et diminuant les comportements inadéquats qui contribuaient au maintien de l'insécurité dans la relation. Les principes de la thérapie parent-adolescent pourraient également s'appliquer à la thérapie familiale, le système familial étant composé de plusieurs sous-systèmes dont la dyade parent-enfant.

Les thérapies dyadiques centrées sur la théorie de l'attachement ont d'abord été employées auprès de parents et de jeunes enfants, notamment en utilisant la rétroaction vidéo (Bakermans-Kranenburg et al., 2003; Duchesne, Dubois-Comtois, & Moss, 2007). Bien que ces thérapies aient été peu documentées auprès des adolescents, cette modalité s'avère des plus pertinentes auprès de cette clientèle considérant que la relation parent-adolescent est souvent au cœur des difficultés du jeune. Selon Atger (2007), les parents se retrouvent eux-mêmes en détresse et impuissants face aux difficultés de leur adolescent, ce qui a pour effet d'activer leur propre système d'attachement et de renforcer un lien d'attachement insécurisant avec leur adolescent. Dans le cadre d'une thérapie parent-adolescent, il importe donc pour le thérapeute d'être également sensible à la détresse du parent afin de l'aider à devenir une base de sécurité plus adéquate pour son adolescent lorsqu'il explore ses pensées et ses états internes. Favoriser une relation de confiance est donc un prérequis au travail parent-adolescent. Simultanément, le thérapeute aide l'adolescent à explorer sa souffrance. Kobak et Esposito (2004) proposent que cette confiance en la disponibilité et la sensibilité du thérapeute s'installe lorsque ce dernier fait preuve d'empathie et qu'il communique de manière ouverte ses intentions et ses idées à la dyade. Cette façon de faire du thérapeute pourra servir de modelage, permettant aux dyades en difficulté de développer une communication plus adéquate et un intérêt authentique pour la perspective de l'autre.

Cependant, lorsque la relation est insécurisante, elle mène à une rigidité de la pensée, où chacun ne considère que l'information qui confirme ses modèles internes (Bowlby, 1980). Par conséquent, les échanges parent-adolescent se déroulent de manière à confirmer leurs attentes, soit celles d'un partenaire non disponible/rejetant, intrusif/dépendant ou impuissant/hostile. Que les échanges parent-enfant soient absents, imprévisibles ou caractérisés par des attributions négatives, le rôle du thérapeute sera de rétablir une communication plus adéquate et empreinte d'empathie. Pour ce faire, le thérapeute invite la dyade à interagir ensemble, que ce soit par des discussions, des jeux de rôle ou des activités ludiques, afin de vivre de nouvelles interactions. Le thérapeute s'intéresse alors au point de vue de chacun et reprend les difficultés vécues par la dyade à la lumière de ces différents points de vue. Cette méthode peut alors permettre à chaque membre de la dyade d'être plus ouvert à la perspective de l'autre et à développer une compréhension différente de ce qu'ils ont vécu. Cette relecture, à la lumière des nouvelles informations, permettra à chaque partenaire de réviser ses représentations de soi et des autres en intégrant non seulement la perspective de l'autre, mais la perspective commune propre à la dyade. Dans ce sens, le thérapeute aide la dyade à co-relire les événements vécus et à co-construire le sens attribué à ces événements. Cette approche

thérapeutique permettra à chacun de s'ajuster aux besoins de l'autre et de développer des échanges plus réciproques et respectueux.

Le thérapeute amène ensuite chacun à observer l'effet négatif mais aussi positif qu'il a sur l'autre. Cette approche lui permettra de mettre en évidence les stratégies de gestion de l'information affective que chacun utilise et l'impact que celles-ci ont sur la qualité de leur communication. Le thérapeute pourra particulièrement renforcer les stratégies efficaces et les forces de chacun. La résolution des conflits au sein de la relation parent-adolescent favorisera l'établissement d'une base de sécurité familiale permettant au parent de servir de soutien à son adolescent dans le développement de ses compétences et sa quête d'autonomie. Ainsi, non seulement le thérapeute aide le parent et l'adolescent à s'intéresser au vécu de l'autre, mais il leur propose également de faire l'expérience, dans le cadre du suivi, d'une nouvelle façon d'interagir dans l'ici et le maintenant. Ces nouveaux comportements interactionnels pourront être répétés par la dyade en dehors des séances et se généraliser à d'autres contextes d'interactions. De par son côté expérientiel, ce type de thérapie est efficace auprès des adolescents éprouvant des difficultés de mentalisation rendant le travail en thérapie individuelle plus difficile.

Une deuxième vignette clinique vient souligner l'importance du travail parent-adolescent. Une mère consulte avec son adolescent de 14 ans, car ce dernier présente des peurs contraignant ses activités. Malgré la détresse qu'il vit, celui-ci ne souhaite toutefois pas consulter et menace sa mère à la première rencontre si celle-ci insiste pour poursuivre la démarche thérapeutique. Au fil du suivi, le thérapeute constate que l'adolescent contrôle les activités de sa mère, et ce, afin d'atténuer sa peur de la perdre ou éviter qu'il lui arrive malheur. En parallèle, sa mère se montre impuissante face à la souffrance de son adolescent et face à ses propres difficultés. La relation semble donc s'être établie sur un mode de renversement de rôle caractérisé par l'hostilité du jeune et l'impuissance de la mère. Le manque de confiance envers l'autre et la peur sont omniprésents dans leurs échanges. Lors du suivi, le thérapeute s'est tout d'abord montré attentif aux peurs et aux désirs de chacun. À la manière du modelage, son écoute et ses questions sensibles ont pu lentement être répétées par la mère et l'adolescent dans le cadre des rencontres. Cette nouvelle expérience relationnelle a aidé la mère à développer des stratégies lui permettant d'assumer son rôle parental et ceci a permis à l'adolescent de développer une confiance en sa mère. En utilisant le thérapeute comme base sécurisante d'exploration, la mère a su retrouver son rôle parental ce qui a eu pour effet de reconforter l'adolescent et de diminuer ses craintes. La confiance en l'autre et en ses propres capacités a permis à chacun de mieux communiquer ses besoins.

CONCLUSION

Cet article avait comme objectif de sensibiliser le clinicien à l'importance de l'attachement dans le travail thérapeutique auprès des adolescents. L'histoire d'attachement du jeune a un impact considérable sur la façon dont il pourra résoudre les enjeux développementaux de l'adolescence. Cet article démontre aussi comment les changements cognitifs et socio-émotionnels amènent des perturbations et une révision incontournable des modèles internes d'attachement de l'adolescent. Afin d'offrir au clinicien des outils d'intervention fondés sur la théorie de l'attachement, cet article a mis l'accent sur l'importance d'évaluer les processus défensifs chez l'adolescent tant sur le plan comportemental que dans son discours. Il importe pour le clinicien de considérer le mode relationnel de l'adolescent dans ses interventions. Que le thérapeute soit d'orientation psychodynamique, systémique-interactionnelle, cognitivo-comportementale, ou autre, qu'il privilégie le travail individuel ou parent-adolescent, les notions issues des études sur l'attachement suggèrent des pistes d'intervention intéressantes pour favoriser la sécurité d'attachement et contrer certaines impasses.

Il est clairement démontré que les adolescents les plus à risque de développer des problèmes d'adaptation présentent un attachement insécurisant. Les études futures dans le domaine devraient contribuer à mieux identifier les différences individuelles associées aux classifications insécurisées (détaché, préoccupé, non résolu) à l'adolescence. Par ailleurs, bien que plusieurs auteurs aient abordé la pertinence de la théorie de l'attachement dans les interventions cliniques auprès des adolescents, encore trop peu d'études ont vérifié empiriquement cette question. Ainsi, de futures études cliniques devraient évaluer : 1) les modalités d'intervention à privilégier à l'adolescence, 2) les pathologies ou les difficultés pour lesquelles les principes cliniques de la théorie de l'attachement sont indiqués et enfin 3) la durée optimale de telles interventions.

RÉFÉRENCES

- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 264-272.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., & Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology : An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 254-263.
- Allen, J. P., Hauser, S. T., Eickholt, C., Bell, K. L., & O'Connor, T. G. (1994). Autonomy and relatedness in family interactions as predictors of expressions of negative adolescent affect. *Journal of Research on Adolescence, 4*, 535-552.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 319-335). New York : The Guilford Press.

- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G., & Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development, 69*, 1406-1419.
- Allen J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development, 78*, 1222-1239.
- Ammaniti, M., van IJzendoorn, M. H., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence : An exploration of stability and change. *Attachment and Human Development, 2*, 328-346.
- Atger, F. (2007). L'attachement à l'adolescence. *Dialogue, 175*, 73-86.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more : Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*, 195-215.
- Bostik, K. E., & Everall, R. D. (2007). Healing from suicide : Adolescent perceptions of attachment relationships. *British Journal of Guidance and Counselling, 35*, 79-96.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss : Vol. 3. Loss*. New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss : Vol. 1. Attachment* (2^e ed.). New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base : Parent-child attachment and healthy human development*. New York : Basic Books.
- Bretherton, I. et Munholland, K. A. (1999). Internal working models in attachment relationships : A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications* (pp. 89-111). New York : Guilford.
- Carlson, E. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development, 69*, 1107-1128.
- Diamond, D., Clarkin, J., Levine, H., Levy, K., Foelsch, P., & Yeomans, F. (1999). Borderline conditions and attachment : A preliminary report. *Psychoanalytic Inquiry, 19*, 831-884.
- Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews : Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development, 63*, 1473-1480.
- Duchesne, D., Dubois-Comtois, K., & Moss, E. (2007). La théorie de l'attachement comme outil d'intervention auprès des parents d'accueil et des enfants placés. *Prisme, 46*, 92-109.
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood : The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal, 24*, 212-239.
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy G., Mattoon, G., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 22-31.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function : Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700.
- Fonagy, P., Steele, H., Moran, G., Steele, M., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states : The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 13*, 200-217.
- Frotin, A., Filipovic, A., & Albert, E. (2007). Les états limites au prisme de la théorie de l'attachement : étude sur la population de 11 adolescents d'un hôpital de jour. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 55*, 239-247.
- Gamble, S. A., & Roberts, J. E. (2005). Adolescents' perception of primary caregivers and cognitive style : The roles of attachment security and gender. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 123-141.
- Hesse, E., & Main, M. (2006) Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*, 309-343.
- Hoover, M. A., & Paulson, B. L. (1999). Suicidal no longer. *Canadian Journal of Counselling, 33*, 227-245.
- Humfress, H., O'Connor, T. G., Slaughter, J., Target, M., & Fonagy, P. (2002). General and relationship-specific models of social cognition : Explaining the overlap and discrepancies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 873-883.

La théorie de l'attachement

- Jacobsen, T., Edelstein, W., & Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 112-124.
- Kobak, R. R., Cole, H., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem-solving : A control theory analysis. *Child Development, 64*, 231-245.
- Kobak, R. R., & Esposito, A. (2004). Levels of processing in parent-child relationships : Implications for clinical assessment and treatment. In L. Atkinson & S. Goldberg (Éds), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 139-166). Mahwah (New Jersey) : Lawrence Erlbaum Associates.
- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence : Working models, affect regulation and representations of self and others. *Child Development, 59*, 135-146.
- Kobak, R. R., Sudler, N., & Gamble, W. (1991). Attachment and depressive symptoms during adolescence : A developmental pathways analysis. *Development and Psychopathology, 3*, 461-474.
- Larson, R. W., Richards, M. H., & Moneta, G. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18 : Disengagement and transformation. *Developmental Psychology, 32*, 744-754.
- Larose, S. et Bernier, A. (2001). Social support processes : Mediators of attachment state of mind and adjustment during late adolescence. *Attachment and Human Development, 3*, 96-120.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classification system*. Manuscrit non publié, University of California at Berkeley.
- Margolese, S. K., Markiewicz, D., & Doyle, A. B. (2005). Attachment to parents, best friend, and romantic partner : Predicting different pathways to depression in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 34*, 637-650.
- Markiewicz, D., Lawford, H., Doyle, A. B., & Haggart, N. (2006). Developmental differences in adolescents' and young adults' use of mothers, fathers, best friends, and romantic partners to fulfill attachment needs. *Journal of Youth and Adolescence, 35*, 127-140.
- Marsh, P., McFarland, F. C., Allen, J. P., McElhaney, K. B., & Land, D. J. (2003). Attachment, autonomy, and multifinality in adolescent internalizing and risky behavioural symptoms. *Development and Psychopathology, 15*, 451-67.
- Muscetta, S., Dazzi, N., & De Coro, A. (1999). "States of mind with respect to attachment" and change in a psychotherapeutic relationship : A study of the coherence of transcript in a short-term psychotherapy with an adolescent. *Psychoanalytic Inquiry, 19*, 885-921.
- Obsuth, I., Moretti, M. M., Holland, R., Braber, K., & Cross, S. (2006). Conduct disorder: new directions in promoting effective parenting and strengthening parent-adolescent relationships. *Journal of Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 15*, 6-15.
- Paulson, B. L., & Everall, R. D. (2003). Suicidal adolescents : Helpful aspects of psychotherapy. *Archives of Suicide Research, 7*, 309-321.
- Rosenblum, G. D., & Lewis, M. (2006). Emotional development in adolescence. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Éds), *Blackwell handbook of adolescence* (pp. 269-289). Malden, MA : Blackwell Publishing.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 244-253.
- Wallis, P., & Steele, H. (2001). Attachment representations in adolescence : Further evidence from psychiatric residential settings. *Attachment and Human Development, 3*, 259-268.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*. (pp. 68-88). New York : The Guilford Press.

RÉSUMÉ

Cet article vise à offrir un cadre de travail clinique fondé sur la théorie de l'attachement au thérapeute désirant appliquer les principes de cette théorie dans le travail clinique auprès

d'adolescents. La première partie présente les aspects saillants de l'attachement à l'adolescence, alors que la seconde partie porte sur son évaluation. La troisième partie propose des pistes d'intervention thérapeutique fondées sur la théorie de l'attachement visant à favoriser le bien-être de l'adolescent en difficulté.

MOTS CLÉS

attachement, évaluation, intervention, psychologie clinique, adolescence

ABSTRACT

This article is concerned with providing a clinical framework to the therapist interested in applying attachment theory in his clinical work with adolescents. In the first section, salient aspects of attachment during adolescence are presented, while the second section focuses on its assessment. In the third section, some clinical applications of attachment theory to improve adolescents' well being are described.

KEY WORDS

attachment, assessment, intervention, clinical psychology, adolescence

**DÉVELOPPEMENT ET VALIDATION PRÉLIMINAIRE DE L'ÉCHELLE
D'AFFILIATION CONTEXTUELLE POUR ADOLESCENTS (EACA)**

**DEVELOPMENT AND PRELIMINARY VALIDATION OF THE CONTEXTUAL
CONNECTION SCALE FOR ADOLESCENTS (CCSA)**

Nathalie Cartierre

Université de Lille 3

René Demerval¹

Université de Lille 3

Nathalie Coulon

Université de Lille 3

L'un des thèmes majeurs dans la documentation récente sur le développement de l'adolescent (Lerner & Steinberg, 2004; Steinberg & Morris, 2001) concerne les relations entre l'individu et ses contextes de vie (plus particulièrement, la famille, l'école et les pairs). Plusieurs modèles théoriques s'inscrivent dans cette perspective transactionnelle du développement humain (Lerner, 2006; Steinberg, 2005) avec une référence explicite ou non à la conception systémique initialement proposée par Bronfenbrenner (1979).

De nombreux résultats empiriques montrent en effet que les contextes de vie de l'adolescent ont des répercussions favorables ou délétères sur son développement (Benson, Scales, Hamilton, & Sesma, 2006; Lerner & Galambos, 1998). Par exemple, les pratiques éducatives parentales sont associées à la santé physique, mentale et sociale de l'adolescent (Baumrind, 1978; Steinberg, 2001); le bien-être psychologique des adolescents est lié à la qualité de leurs relations avec les enseignants (Eccles, 2004; Roeser & Eccles, 1998; Rowan, Chiang, & Miller, 1997); enfin, le contexte des pairs influence les compétences sociales, la performance scolaire et les comportements à risque des adolescents (Mounts & Steinberg, 1995; Urberg, Degirmencioglu, & Pilgrim, 1997; Wentzel, & Caldwell, 1997).

Plusieurs concepts utilisés dans la documentation expriment la qualité de la transaction Personne-Contexte : l'attachement (Ainsworth, 1989), le sentiment d'appartenance ou de connexion à un contexte de vie (Barber, 1997; Baumeister & Leary, 1995) ou, à l'inverse, le sentiment d'aliénation (Bronfenbrenner, 1986). Cependant, exception faite pour l'attachement, dans la plupart des recherches empiriques, des outils de mesure *ad hoc* sont élaborés, sans précisément définir leur cadre théorique (Barber, 2004); de plus les effets étudiés — sur le fonctionnement psychologique

1. Adresse de correspondance : Université de Lille 3, UFR de Psychologie, BP 60149, 59553 Villeneuve d'Ascq cedex. France. Courriel : rene.demerval@univ-lille3.fr

Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents (EACA)

de l'adolescent — se limitent le plus souvent à ceux d'un seul contexte de vie (la famille, l'école ou les pairs).

Le *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA) d'Armsden et Greenberg (1987) et le *Hemingway Measure of Adolescent Connectedness* (MAC) de Karcher (1999) constituent deux exceptions notables. L'IPPA repose sur un modèle d'attachement en trois dimensions : communication, confiance et aliénation. En fait, l'instrument est principalement utilisé pour évaluer l'attachement des adolescents à leurs parents. Le MAC comporte 74 items destinés à mesurer le degré d'engagement de l'adolescent et le sentiment d'appartenance qu'il exprime vis-à-vis de 15 contextes relationnels ou institutionnels (par exemple, les amis, les parents, la fratrie, les enseignants, l'école, la religion).

Le but de la présente recherche est de proposer une opérationnalisation de la composante transactionnelle Personne-Contexte qui présenterait les caractéristiques suivantes : 1) l'outil ne doit pas être focalisé sur un seul contexte mais tenir compte de plusieurs afin de permettre l'étude des influences mésosystémiques, 2) il doit pouvoir couvrir la période de l'adolescence où s'opèrent de nombreuses transitions contextuelles impliquant les principales institutions de la société (Claes, 2003; Lerner & Steinberg, 2004) et 3) il doit être relativement court pour autoriser son utilisation en association avec d'autres outils, en particulier des mesures du fonctionnement psychologique. Les deux instruments IPPA et MAC ne répondent pas à ces objectifs. En effet, la composante transactionnelle est soit limitée à l'aspect strictement affectif d'une relation interpersonnelle, soit diluée dans une multitude de situations relationnelles qui ne permettent pas de délimiter clairement les contextes. Or, une transaction contextuelle de bonne qualité — que nous nommons *affiliation contextuelle* — exprime non seulement un lien, un attachement aux personnes, qui sont les agents de socialisation dans le contexte, mais également une adhésion aux rôles et aux activités attribués à chacun (Bronfenbrenner, 1979, 1995). À l'inverse, une transaction de mauvaise qualité est supposée s'exprimer sous la forme d'une perception globalement négative, un détachement, voire un rejet vis-à-vis du contexte, c'est-à-dire une *désaffiliation contextuelle*.

Cette recherche constitue donc une première étape de validation d'une échelle permettant d'évaluer la qualité des transactions entre l'adolescent et trois contextes de vie : la famille, l'école et les pairs. Deux études sont présentées dans le but, d'une part, d'examiner les qualités de l'outil sur le plan psychométrique et, d'autre part, d'apprécier son intérêt sur le plan pratique.

ÉTUDE 1 : ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE ET CONFIRMATOIRE

Le but de l'étude 1 était d'examiner la structure factorielle de l'échelle, la cohérence interne de chaque sous-échelle et de confirmer la structure attendue en trois facteurs distincts correspondant chacun à un contexte.

Méthode

Participants

Pour cette recherche, nous avons sollicité 961 collégiens (2^e secondaire), dans neuf collèges du nord de la France. Toutes les classes de quatrième de chaque collège étaient concernées. Les collégiens qui ont effectivement participé étaient ceux qui étaient présents et pour lesquels il n'y avait pas eu de refus écrit de la part des parents; ils représentaient 86 % de la population de départ. Finalement, les données exploitées statistiquement ont concerné 824 participants (50,5 % de filles et 49,5 % de garçons) d'un âge moyen de 13,7 ans (écart-type = 0,6). Parmi les participants, 29 % ont redoublé une classe, 27 % sont boursiers¹, 70 % vivent dans une famille nucléaire et 14 % dans une famille monoparentale et 16 % dans une famille recomposée ou dans d'autres situations².

Outils

Nous avons constitué trois sous-échelles d'affiliation, composées chacune de six items. Chaque item concernait le ressenti et le comportement des adolescents dans chacun des trois contextes : Famille, École et Pairs. Pour chaque sous-échelle, les quatre modalités de réponse — non, plutôt non, plutôt oui, oui — pour chaque item étaient ensuite cotées de 0 à 3 (de la perception la plus négative à la plus positive). Chaque participant obtenait donc trois scores, un pour chaque sous-échelle contextuelle, notés sur 18. Un score élevé exprimait une bonne qualité de transaction avec le contexte et, à l'inverse, un score faible témoignait d'une désaffiliation, voire d'un rejet vis-à-vis du contexte. Les corrélations entre les trois sous-échelles étaient les suivantes : .40 entre Famille et École, .27 entre Famille et Pairs, .06 entre École et Pairs. L'Annexe présente les libellés du questionnaire, regroupés par contexte.

Procédure

Les participants étaient regroupés dans leur salle de classe et répondaient au questionnaire. La passation durait environ 20 minutes. Elle

-
1. Leurs parents ont un faible revenu et perçoivent une bourse nationale de collège pour leur enfant.
 2. Situations de vie en famille d'accueil ou de garde alternée.

se faisait en la seule présence des enquêteurs (étudiants en troisième année de psychologie). Une procédure de codage garantissait l'anonymat aux élèves.

Résultats

L'échantillon initial comprenant 824 participants a été subdivisé par tirage aléatoire en deux groupes de 412 participants chacun. Le premier groupe a été soumis à une analyse exploratoire dans le but d'examiner la structure factorielle de l'instrument. On s'attendait à une structure en trois facteurs, chacun représentant un contexte : la Famille, l'École ou les Pairs. Le second groupe a été utilisé pour soumettre la structure factorielle à une analyse confirmatoire. Plusieurs modèles alternatifs ont en outre été testés.

Analyse factorielle exploratoire

Les tests de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = 0,81$) et de sphéricité de Bartlett [$\chi^2(153) = 1437,63, p < .001$] ont été réalisés initialement pour attester du caractère factorisable des données. Des analyses factorielles (avec extraction en facteurs principaux) ont été soumises à des ajustements obliques (Direct Oblimin avec $\Delta = 0$) pour examiner les solutions factorielles potentielles. Le critère de Kaiser (valeur propre supérieure à 1), l'examen du tracé des valeurs propres et l'analyse parallèle de Horn (1965) ont permis d'envisager deux solutions, à trois ou quatre facteurs. Les quatre facteurs expliquaient respectivement 19,8 %, 9,3 %, 5,3 % et 3,1 % de la variance totale. Le premier facteur était représenté par les items relatifs au contexte Famille (poids factoriels de 0,52 à 0,79), le deuxième facteur regroupait les items relatifs au contexte École (poids factoriels de 0,47 à 0,68) et le troisième facteur, les items associés majoritairement au contexte Pairs (poids factoriels de 0,29 à 0,58). Un seul item sature de façon notable sur le quatrième facteur : il s'agit de l'item 15. Le poids factoriel de cet item avec le facteur initialement prévu (Pairs) est égal à 0,30. Ce quatrième facteur n'était donc pas suffisamment représenté pour être interprétable.

La solution factorielle à trois facteurs présentait une structure factorielle plus forte. L'examen des coefficients de structure et de type (voir le Tableau 1) montre que les items se répartissent principalement entre les trois facteurs censés représenter les contextes Famille, École et Pairs, avec des pourcentages de variance après rotation de 12,6 %, 11,8 % et 9,3 % respectivement. Les poids factoriels sont acceptables pour les contextes Famille et École, mais l'item 13 présente un poids factoriel insuffisant pour le facteur Pairs. Il n'est cependant pas mieux représenté sur l'un des deux autres facteurs. L'item 15 associé précédemment au

Tableau 1
Solution factorielle à trois facteurs après rotation oblique
(Direct Oblimin, Delta = 0)

Items	Famille		École		Pairs		h^2
	T	S	T	S	T	S	
1	<u>.836</u>	.783	-.105	.205	-.043	.223	.624
2	<u>.704</u>	.673	-.026	.232	-.065	.165	.457
3	<u>.407</u>	.557	<u>.363</u>	.519	.043	.206	.424
4	<u>.545</u>	.612	.064	.279	.129	.313	.392
5	<u>.459</u>	.549	.180	.358	.068	.233	.332
6	<u>.385</u>	.525	.135	.301	.271	.409	.353
7	-.088	.106	<u>.520</u>	.487	-.002	.011	.244
8	.148	.320	<u>.509</u>	.560	-.057	.033	.331
9	-.060	.196	<u>.643</u>	.624	.048	.080	.393
10	.075	.309	<u>.637</u>	.664	-.013	.064	.445
11	-.021	.134	<u>.484</u>	.469	-.078	-.046	.228
12	.136	.327	<u>.446</u>	.503	.072	.153	.280
13	.096	.182	.018	.074	.239	.272	.084
14	.131	.251	-.020	.060	<u>.388</u>	.429	.198
15	-.068	.104	.113	.120	<u>.397</u>	.384	.159
16	-.017	.209	-.030	.022	<u>.723</u>	.715	.513
17	-.041	.083	-.132	-.105	<u>.527</u>	.503	.276
18	-.013	.162	-.047	-.005	<u>.588</u>	.580	.339
Trace	2,268		2,125		1,678		
Variance	12,60 %		11,80 %		9,32 %		

T : coefficients de la matrice des types; S : coefficients de la matrice de structure; h^2 : communautés.

Les coefficients de la matrice des types plus grands que $|\cdot,30|$ ont été soulignés. Les pourcentages de variance sont calculés après la rotation. La quatrième valeur propre non retenue était égale à 1,102 avant la rotation.

facteur 4 se retrouve ici sur le facteur prévu, certes avec un poids factoriel modeste. Quelques items présentent des poids factoriels non négligeables pour différents facteurs. Le facteur Famille est en corrélation avec le

Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents (EACA)

facteur École (0,37) et avec le facteur Pairs (0,33). Par contre, la corrélation entre les facteurs École et Pairs est négligeable (0,08).

L'examen de la consistance interne a conduit à des coefficients alpha de Cronbach de .79, .73 et .63 respectivement pour les sous-échelles Famille, École et Pairs. Les consistances interne des sous-échelles Famille et École peuvent être considérées comme acceptables (étant donné le petit nombre d'items), mais la sous-échelle Pairs mériterait d'être améliorée. La suppression d'un ou de plusieurs items (en particulier l'item 13) ne permettrait pas d'en améliorer la fiabilité.

Analyse confirmatoire

Ce traitement avait pour but de confirmer qu'un modèle avec trois facteurs, chaque facteur étant associé à un contexte spécifique, s'ajustait de façon satisfaisante aux données. Trois modèles ont été mis en concurrence. Le premier modèle présupposait trois facteurs orthogonaux (modèle 1). Un modèle à trois facteurs obliques a été ensuite envisagé (modèle 2). Enfin, le troisième modèle reprenait les caractéristiques de la solution suggérée dans l'analyse exploratoire : trois facteurs, les corrélations entre les facteurs Famille et École d'une part, et Famille et Pairs d'autre part, étaient autorisées (modèle 3).

Le programme SEPATH du logiciel Statistica a été utilisé pour le second groupe de données ($n = 412$) de l'échantillon initial. Le Tableau 2 rapporte plusieurs indices de qualité d'ajustement. Généralement, on considère qu'un modèle est acceptable en se référant aux critères suivants : le quotient χ^2/dl devrait être inférieur à 3, les indices GFI, AGFI, NFI et NNFI devraient être supérieurs à 0,90 et le RMSEA, inférieur à 0,10 (Kline, 1998).

L'examen du Tableau 2 permet de constater que les indices des modèles 2 et 3 sont tout à fait comparables. Le modèle 2 n'est pas significativement meilleur que le modèle hiérarchiquement emboîté 3 [$\chi^2_{\text{différence}} (1) = 1,28$]. Par contre, ces deux modèles obliques présentent un meilleur ajustement aux données que le modèle orthogonal 1, les corrélations autorisées constituant un apport significatif : entre le modèle 1 et le modèle 3 [$\chi^2_{\text{différence}} (2) = 90,67, p < .001$] et entre le modèle 1 et le modèle 2 [$\chi^2_{\text{différence}} (3) = 91,65, p < .001$]. Le modèle 3 constitue donc une confirmation des résultats de l'analyse exploratoire même s'il convient de l'améliorer encore.

Tableau 2
Indices de qualité d'ajustement pour les
différents modèles de l'analyse confirmatoire

Modèles	χ^2	dl	χ^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	NFI	NNFI
Modèle 1	484,58	135	3,6	0,08	0,87	0,84	0,73	0,76
Modèle 2	392,63	132	2,97	0,08	0,89	0,86	0,78	0,82
Modèle 3	393,91	133	2,96	0,07	0,89	0,86	0,78	0,82

RMSEA : Root Mean Square Error of Approximation; GFI : Goodness of Fit Index; AGFI : Adjusted Goodness of Fit Index; NFI : Normed Fit Index; NNFI : Non-Normed Fit Index.

Discussion

Au terme de cette première étude, nous pouvons dire que l'échelle d'affiliation contextuelle élaborée répond aux objectifs initiaux. En particulier, elle préserve la spécificité des contextes puisque les analyses factorielles exploratoire et confirmatoire confortent un modèle à trois facteurs. La sous-échelle Pairs doit être améliorée car sa consistance interne est insuffisante. Cependant, l'échelle globale présente, en l'état, des qualités psychométriques suffisantes pour envisager son utilisation à des fins expérimentales.

ÉTUDE 2 : VALIDITÉ RELATIVE À UN CRITÈRE

L'objectif de cette étude était de démontrer empiriquement l'intérêt et la pertinence de l'échelle. En particulier, les données de la documentation permettaient de prédire que les situations de désaffiliation contextuelle devaient avoir des répercussions néfastes sur la santé des adolescents. Des analyses de régression ont été effectuées en prenant comme prédicteurs les trois scores d'affiliation contextuelle et comme critères des scores de santé illustrant la qualité de vie des adolescents.

Méthode

Participants et procédure

Les conditions de réalisation de cette étude étaient identiques à celles de l'étude 1. Nous avons sollicité 1252 collégiens et l'échantillon final comprenait 1135 collégiens (51,8 % de filles et 48,2 % de garçons) — soit 91 % de la population de départ — scolarisés en classe de quatrième (2^e secondaire) dans le nord de la France. L'âge moyen était de 13,9 ans (écart-type = 0,6). Parmi les participants, 24 % ont redoublé une classe, 26 % sont boursiers, 73 % vivent dans une famille nucléaire, 12 % dans

Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents (EACA)

une famille monoparentale et 15 % dans une famille recomposée ou dans d'autres situations.

Outils

Le questionnaire comportait deux outils différents. Le premier reprenait les trois sous-échelles d'affiliation de l'étude précédente. Le deuxième outil reprenait les 17 items du profil de santé de Duke qui est un instrument générique de qualité de vie liée à la santé (Parkerson, Broadhead, & Tse, 1990). Trois mesures ont été extraites selon les procédures définies dans la version française de cet instrument (Guillemin, Paul-Dauphin, Virion, Bouchet, & Briançon, 1997) : santé physique, santé mentale et santé sociale. Les réponses pour chaque item étaient cotées de 0 à 2, puis les scores pour chaque dimension ont été ramenés de 0 à 100.

Résultats

Les validités internes des sous-échelles d'affiliation contextuelle ont été vérifiées pour ce nouvel échantillon de données. Elles étaient acceptables pour les trois sous-échelles : 0,78 (Famille), 0,78 (École) et 0,67 (Pairs). Les traitements statistiques ont donc été réalisés en utilisant le score sommé pour les six items de chaque sous-échelle.

Le Tableau 3 présente les résultats de trois régressions multiples. On constate que les scores d'affiliation contextuelle rendent compte d'une proportion de variance expliquée significative pour les trois indices de santé du profil de Duke : 13 % pour la santé physique, 32 % pour la santé mentale et 27 % pour la santé sociale. De façon intéressante, les effets constatés ne sont pas uniformes et varient selon la dimension de santé considérée. Ainsi, l'affiliation au contexte École n'apporte une contribution significative que dans le cas de la santé mentale.

Discussion

Les résultats de cette étude démontrent que les scores d'affiliation contextuelle issus de l'échelle constituent une indication pertinente et intéressante permettant de relier une qualité de transaction entre l'adolescent et ses contextes de vie à un type d'issue développementale, ici des scores de santé. En même temps, les effets ne sont pas uniformes et semblent varier selon le contexte et la dimension de santé.

DISCUSSION GÉNÉRALE

Les deux études présentées dans cette recherche décrivent le développement et la validation de l'*Échelle d'affiliation contextuelle pour*

Tableau 3
 Résultats de l'analyse de régression entre les scores
 d'affiliations et les scores du profil de Duke

Variabes dépendantes	Variabes indépendantes	β	<i>T ou F</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>	<i>R</i> ²
Santé physique	Famille	.29	8.69	986	.0001	.13
	École	.03	1.05	986	ns	
	Pairs	.14	4.41	986	.0001	
	R Multiple	-	49.09	3.986	.0001	
Santé mentale	Famille	.35	11.74	979	.0001	.32
	École	.21	7.15	979	.0001	
	Pairs	.25	9.14	979	.0001	
	R Multiple	-	151.87	3.979	.0001	
Santé sociale	Famille	.28	9.06	981	.0001	.27
	École	.01	0.21	981	ns	
	Pairs	.37	13.14	981	.0001	
	R Multiple	-	119.29	3.981	.0001	

ns : non significatif

adolescents (EACA). L'échelle est adaptée à la population adolescente, elle est aussi relativement courte et peut donc être associée à d'autres mesures du fonctionnement psychologique.

L'échelle devait également répondre à une exigence de cohérence théorique et donc opérationnaliser la transaction Personne-Contexte en préservant les caractères propres à chaque contexte. En effet, la perspective contextualiste justifiant l'élaboration de cette échelle nécessitait la confirmation d'une structure factorielle de l'échelle mettant en évidence trois facteurs : chaque facteur devait être associé spécifiquement à un contexte.

Les résultats de l'analyse exploratoire et de l'analyse confirmatoire montrent que l'objectif opérationnel est globalement atteint. L'échelle est constituée de trois sous-échelles partiellement corrélées permettant de positionner chaque individu sur trois dimensions contextuelles. Un argument de validité prédictive a été établi : l'échelle permet de prédire de façon nuancée et significative les dimensions de santé du profil de Duke. Les consistances internes sont acceptables, même s'il faut envisager de rehausser celle concernant les Pairs.

Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents (EACA)

Par ailleurs, le concept d'affiliation est apparenté à d'autres dimensions telles que l'attachement, l'aliénation ou le sentiment d'appartenance, mais sa spécificité principale réside ici dans la contextualisation des situations. Le fait que les corrélations entre Famille, École et Pairs soient modestes constitue à cet égard une première indication de validité discriminante entre les trois sous-échelles. L'affiliation est en effet associée à un contexte de vie et dépend des rôles, des activités et relations propres à ce contexte. Il reste néanmoins à établir une preuve plus directe de validité discriminante en utilisant des échelles impliquant des dimensions psychologiques comme le conformisme ou la soumission aux normes.

Sur le plan conceptuel, la validité de l'échelle conforte donc la proposition du modèle bioécologique selon laquelle les effets des processus en jeu dans le développement varient, entre autres, selon les caractéristiques des contextes de vie (Bronfenbrenner & Morris, 1998). Même si elle peut être améliorée, l'EACA représente d'ores et déjà un outil expérimental intéressant et original. Ainsi, plusieurs axes de recherches peuvent être esquissés.

Le premier axe consisterait à étudier l'affiliation contextuelle dans son aspect développemental. Plusieurs résultats dans la documentation montrent que la perception que les adolescents ont vis-à-vis des contextes comme la famille, l'école ou les pairs, évolue tout au long de l'adolescence (Cook & Murphy, 1999; Garnefski, 2000), et le temps passé avec les amis l'est aux dépens de celui passé avec la famille (Brown, 2004; Buhrmester, 1996; Furman & Whener, 1997; Larson & Verma, 1999). De façon similaire, l'affiliation contextuelle pourrait être étudiée selon une perspective différentielle. En effet, selon les prédictions du modèle bioécologique, il est possible que les effets des affiliations contextuelles diffèrent dans leur ampleur selon les dimensions de santé et les caractéristiques de la personne, en particulier le sexe.

Le deuxième axe consisterait à utiliser l'EACA comme outil prédictif du comportement et du fonctionnement psychologique. De nombreux résultats empiriques démontrent l'impact délétère d'un contexte dégradé ou au contraire l'effet positif d'un contexte qui supporte le développement de l'individu (Barber, 2004). L'EACA présente toutefois deux nouvelles particularités : d'une part, elle permet d'évaluer l'effet différentiel des affiliations selon le type de contexte (famille, école ou pairs), d'autre part, elle offre la possibilité d'étudier des profils d'individus définis selon leur configuration écologique, c'est-à-dire selon leur positionnement dans l'espace formé par les trois contextes. Ainsi, il est envisageable de combiner les situations pour étudier des effets d'amplification liés à une désaffiliation à plusieurs contextes (Cartierre, Demerval, & Coulon, 2006)

ou des effets de protection d'un contexte vis-à-vis d'un autre (Demerval, Cartierre, & Coulon, 2003; Sprott, 2004).

Enfin, outre son intérêt pour la recherche, le repérage d'une population adolescente particulièrement à risque ou l'évaluation des effets d'une politique d'intervention ciblée sur un ou plusieurs contextes (Lerner & Galambos, 1998) pourraient être facilités grâce à cet outil simple et court que constitue l'EACA.

RÉFÉRENCES

- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment : Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Barber, B. K. (1997). Adolescent socialization in context : Connection, regulation, and autonomy in multiple contexts. *Journal of Adolescent Research*, 12, 173-177.
- Barber, B. K. (2004). *Whence connectedness, hence connectedness*. Papier présenté au Committee on Adolescent Health and Development. The National Academy of Science, Washington, DC.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong : Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, 239-276.
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma, A. (2006). Positive youth development : Theory, research, and applications. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds), *Handbook of child psychology, Vol. 1. Theoretical models of human development* (6^e édition) (p. 849-941). New York : Wiley.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development : Experiments in nature and by design*. Cambridge : Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Alienation and the four worlds of childhood. *Phi Delta Kappan*, 430-436.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time : A future perspective. In P. Moen, G. H. Jr. Elder, & K. Luscher (Eds), *Examining lives in context : Perspectives on the ecology of human development* (p. 619-647). Washington, DC : American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds), *Handbook of child psychology, Vol. 1 : Theoretical models of human development* (5th édition) (p. 993-1028). New York : Wiley.
- Brown, B. (2004). Adolescents' relationships with peers. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds), *Handbook of adolescent psychology* (2nd édition) (p. 363-394). New York : Wiley.
- Buhrmester, D. (1996). Need fulfilment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. In W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (Eds), *The company they keep : Friendship in childhood and adolescence* (p. 158-185). New York : Cambridge University Press.
- Cartierre, N., Demerval, R., & Coulon, N. (2006). Effets de la désaffiliation contextuelle et du sexe sur la santé de jeunes collégiens. In S. Berjot & G. Chasseigne (Eds), *Santé, Stress et Société* (Vol. 3, p. 187-212). Reims : Presses Universitaires de Reims.
- Claes, M. (2003). *L'univers social des adolescents*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Cook, T. D., & Murphy, R. F. (1999). *How inner-city children see their family, school, peers and neighborhood : Developmental changes during the transition to adolescence* (working paper). Evanston, IL : Institute for Policy Research, Northwestern University.
- Demerval, R., Cartierre, N., & Coulon, N. (2003). Désaffiliation familiale et désaffiliation scolaire : Effets sur la santé des adolescents. *Santé publique*, 1, 39-48.

Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents (EACA)

- Eccles, J. (2004). Schools, academic motivation, and stage-environment fit. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds), *Handbook of adolescent psychology*, (2nd edition) (p. 125-153). New York : Wiley.
- Furman, W., & Whener, E. A. (1997). Adolescent romantic relationships : A developmental perspective. In S. Schuman & W. A. Collins (Eds), *Romantic relationships in adolescence : Developmental perspectives. New direction for child development* (Vol. 78, p. 21-36). San Francisco : Jossey-Bass.
- Garnefski, N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1175-1181.
- Guillemin, F., Paul-Dauphin, A., Virion, M. J., Bouchet, C., & Briançon, S. (1997). Le profil de santé de Duke : un instrument générique de mesure de la qualité de vie liée à la santé. *Santé Publique*, 9, 35-44.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Karcher, M. J. (1999). *The hemingway-measure of adolescent connectedness : A manual for interpretation and scoring*. Unpublished manual, University of Wisconsin-Madison.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equations modeling*. New York : Guilford Press.
- Larson, R., & Verma, S. (1999). How children and adolescents spend time across the world : Work, play, and developmental opportunities. *Psychological Bulletin*, 125, 701-736.
- Lerner, R. M. (2006). Developmental science, developmental systems, and contemporary theories of human development. In W. Damon et R. M. Lerner (Eds), *Handbook of child psychology. Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th edition) (p. 1-17). New York : Wiley.
- Lerner, R. M., & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development : Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2004). The scientific study of adolescent development : Past, present, and future. In R. M. Lerner & L. Steinberg (Eds), *Handbook of adolescent psychology* (2nd edition) (p. xi-xiii). New York : Wiley.
- Mounts, N. S., & Steinberg L. (1995). An ecological analysis of peer influence on adolescent grade point average and drug use. *Developmental Psychology*, 31, 915-922.
- Parkerson, G. R. Jr, Broadhead, W. E., & Tse, C. K. (1990). The Duke Health Profile : A 17-item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, 28, 1056-1072.
- Roeser, R., & Eccles, J. (1998). Adolescents' perceptions of middle school : Relation to longitudinal changes in academic and psychological adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 8, 123-158.
- Rowan, B., Chiang, F., & Miller, R. (1997). Using research on employees' performance to study the effects of teachers on students' achievement. *Sociology of Education*, 70, 1151-1162.
- Sprott, J. B. (2004). The development of early delinquency : Can classroom and school climates make a difference? *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 46, 553-572.
- Steinberg, L. (2001). We know some things : Parent-adolescent relations in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-20.
- Steinberg, L. (2005). The contexts of adolescence. In L. Steinberg (Ed), *Adolescence* (7th edition) (p. 129-260). New York : McGraw Hill.
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Urberg, K. A., Degirmencioglu, S. M., & Pilgrim, C. (1997). Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Developmental Psychology*, 33, 834-844.
- Wentzel, K. R., & Caldwell, K. (1997). Friendships, peer acceptance, and group membership : Relations to academic achievement in middle school. *Child Development*, 68, 1198-1209.

RÉSUMÉ

Cet article présente le développement et la validation de l'*Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents* (EACA) dans le cadre du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1995). Cet instrument est composé de trois sous-échelles mesurant l'affiliation à trois contextes différents : la famille, l'école et les pairs. Deux études ont été réalisées auprès de 1959 adolescents français (1) pour éprouver et confirmer une structure factorielle en trois facteurs – un par contexte – et (2) pour évaluer la validité de critère. Les résultats montrent que cette échelle présente des qualités psychométriques acceptables et constitue un matériel intéressant et original pour la recherche et l'application.

MOTS CLÉS

échelle, validation, contextes, affiliation, adolescents

ABSTRACT

This paper presents the development and validation of the *Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents* (EACA; *Contextual Connection Scale for Adolescents*, CCSA) within the framework of Bronfenbrenner's bioecological model (1995). This instrument comprises three subscales measuring connections in three different contexts: family, school, and peers. Two studies have been conducted with 1959 French adolescents to (1) test and confirm a three factor structure—one factor per context—and (2) evaluate criterion validity. The results show that this scale has good psychometric qualities and provides original and relevant materials for research and application.

KEY WORDS

scale, validation, contexts, connection, adolescents

ANNEXE

Liste des items de l'*Échelle d'affiliation contextuelle pour adolescents*¹

Dans ma famille...

1. La vie dans ma famille est agréable
2. Le climat dans ma famille est détendu
3. J'obéis facilement à mes parents
4. Je trouve que, dans ma famille, on fait des choses intéressantes ensemble (sorties, jeux...)
5. J'aime bien parler avec mon père ou ma mère
6. Chez moi, je m'isole souvent parce que je ne me sens pas bien avec mes parents *

Au collège...

7. Les enseignants sont souvent injustes avec les élèves*
8. J'écoute toujours en classe
9. Au collège, il m'arrive de « répondre² » à un enseignant *
10. Au collège, j'obéis facilement aux adultes
11. Au collège, il m'arrive de frapper, casser ou détériorer des objets quand je suis en colère *
12. Quand j'arrive le matin au collège, mes devoirs sont toujours faits

Avec les jeunes de mon âge...

13. Je fais pas mal d'activités
14. Je préfère souvent me retrouver seul(e) *
15. Je ne les trouve pas intéressants *
16. Je me sens souvent rejeté(e) *
17. Je me fais facilement des nouveaux copains (nouvelles copines)
18. Je peux donner mon avis comme les autres

1. Les items suivis d'un * sont des items inversés.
2. Répondre, sans y être invité, de façon insolente

**ÉCHELLE DE COPING POUR ADOLESCENT : VALIDATION
CANADIENNE-FRANÇAISE DE L'ADOLESCENT COPING SCALE
DE FRYDENBERG ET LEWIS (1993)**

**FRENCH CANADIAN VALIDATION OF THE ADOLESCENT COPING SCALE BY
FRYDENBERG AND LEWIS (1993)**

Danielle Leclerc¹

Université du Québec à Trois-Rivières

Jocelyne Pronovost

Université du Québec à Trois-Rivières

Michelle Dumont

Université du Québec à Trois-Rivières

INTRODUCTION

Depuis une vingtaine d'années, on observe un intérêt marqué pour l'évaluation des stratégies adaptatives chez les jeunes, notamment à partir d'auto-questionnaires (Chan, 1995; Copeland & Hess, 1995; Ebata & Moos, 1994; Frydenberg & Lewis, 1993, 1996; Garnesfki, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Muller & Spitz, 2003; Plancherel, Bolognini, Nuñez, & Bettschart, 1993; Seiffge-Krenke, 1994, 1995; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990, 1993; Wrzesniewski & Chylinska, 2007). Cependant, peu d'instruments sont disponibles en langue française et ceux qui existent n'ont pas subi de validation nord-américaine. Un de ceux-là est le *Adolescent Coping Scale* (ACS) de Frydenberg et Lewis (1993). Ce test nous apparaît particulièrement intéressant parce que, comparativement à d'autres instruments dont le traditionnel questionnaire du *Ways of Coping* de Folkman et Lazarus (1988), les auteurs précisent davantage les stratégies et les styles de coping utilisés par les adolescents pour faire face aux situations stressantes. En effet, ils ont consolidé l'évaluation du coping en 18 stratégies (chacune basée sur 3 à 5 items) en s'appuyant à la fois sur un regroupement conceptuel et empirique à partir d'analyses factorielles (Frydenberg, 1996). De plus, la passation de l'outil est simple et agréable pour les adolescents, comparativement par exemple au *Coping Across Situation Questionnaire* (CASQ) de Seiffge-Krenke et Shulman (1990, 1993), dans lequel l'aspect répétitif des items à évaluer crée de l'ennui chez les répondants. D'où notre intérêt à procéder à la traduction française du ACS et d'en étudier les qualités métrologiques chez une population francophone. Cet article présente les résultats obtenus auprès d'un échantillon d'adolescents québécois en comparaison à ceux obtenus par Frydenberg et Lewis auprès d'adolescents australiens.

1. Adresse de correspondance : Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières (QC), G9A 5H7. Téléphone : (819) 376-5011 poste 4007. Courriel : danielle.leclerc@uqtr.ca

Le coping

La notion de coping fait référence aux stratégies d'adaptation présentes chez les individus pour affronter les stress chroniques ou circonstanciels en vue d'une plus grande adaptation psychosociale. Les stratégies de coping sont définies comme l'ensemble des efforts conscients, cognitifs et comportementaux utilisés pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu (Lazarus & Folkman, 1984). Le regroupement des stratégies permet par la suite de dégager des styles de coping dominants. Le style fait référence à la tendance d'une personne à agir d'une façon consistante dans un ensemble de circonstances (Compas, 1987); par contre, les stratégies peuvent varier selon le contexte, le temps et la nature du stresser (contrôlabilité, prévisibilité, etc.). Le coping englobe les actions reliées à la résolution de problèmes, mais il fait aussi référence à un champ plus large de comportements de communication (comme discuter de la situation ou collaborer avec les autres) et d'opérations cognitives (comme minimiser la détresse ou encore se centrer sur les aspects positifs d'une situation). Frydenberg (1996) inclut aussi les sentiments qui sont ressentis par rapport aux difficultés. Selon l'auteure, le coping est la résultante de l'interaction entre trois éléments : l'individu lui-même (ce qu'il est), la situation à laquelle il est confronté et la perception qu'a l'individu de cette situation. La réponse de coping d'une personne dépend ainsi de ses ressources personnelles, des circonstances et de l'évaluation cognitive qu'elle fait de la situation, ce qui explique d'ailleurs la variabilité intra-individuelle souvent observée (Dumont, 2001). L'évaluation cognitive est aussi souvent vue comme un agent médiateur de la relation entre les événements stressants et les réponses de coping.

Il est généralement admis qu'il n'y a pas de style de coping qui est en soi bon ou mauvais. Les stratégies de coping sont plutôt évaluées comme efficaces ou inefficaces selon qu'elles favorisent ou entravent l'adaptation. Une stratégie efficace permet à court ou à long terme de remédier à la situation problématique et de renforcer positivement chez l'individu et son entourage la perception de sa capacité à faire face aux situations. À l'inverse, une stratégie inefficace entraîne un échec dans la résolution du problème et conduit l'individu à adopter une attitude pessimiste ainsi qu'une perception négative de ses compétences (Wills, Blechman, & McNamara, 1996). L'efficacité du coping réside dans la réduction de la détresse immédiate aussi bien que dans le renforcement du bien-être futur. De cette manière, l'utilisation d'une stratégie d'évitement pourrait être vue comme efficace ou adaptative dans la mesure où elle permet à la personne de retrouver un certain équilibre devant une situation incontrôlable (Dumont, 2001).

Lazarus et Folkman (1984) identifient deux styles de coping en référence à un modèle dichotomique, soit le *coping centré sur le problème* et le *coping centré sur l'émotion*. Le premier style regroupe des stratégies qui visent à modifier la situation (approche); dans le deuxième, la personne cherche la réduction de l'anxiété ou de l'inconfort psychologique sans viser la modification de la situation (évitement). D'autres auteurs, à partir d'études menées auprès d'adolescents (Frydenberg & Lewis, 1993, 1996; Seiffge-Krenke & Shulman, 1990), favorisent le regroupement des stratégies en trois styles qui représentent le caractère fonctionnel (coping d'approche, centré sur le problème) ou dysfonctionnel (coping d'évitement ou centré sur l'émotion) du coping. Les trois styles de coping définis par Frydenberg et Lewis (1993, 1996; Frydenberg, 1996) portent l'appellation de *coping productif*, *non productif* et *référence aux autres*. Ils décrivent les stratégies fonctionnelles comme celles utilisées lorsque la personne essaie d'affronter le problème directement en faisant ou non référence aux autres. Les stratégies dysfonctionnelles sont des stratégies de déplacement ou d'évitement qui ne mènent pas à la résolution de problème.

Un nombre de plus en plus important d'études font ressortir des liens étroits entre la présence d'un répertoire de stratégies d'adaptation généralement déficitaires ou distinctives et celle de troubles psychopathologiques ou encore de troubles d'adaptation psychosociale et scolaire chez les adolescents. Il est notamment reconnu que la dépression et l'anxiété s'associent à des stratégies particulières telles que la rumination (Garnefski et al., 2001; Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van Den Kommer, & Teerds, 2002; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994). Dans une étude menée en 1999, Cunningham et Walter montrent que les adolescents qui rapportent une grande utilisation des stratégies non productives en même temps qu'ils font un faible usage des stratégies productives sont ceux qui présentent le plus haut niveau de dépression. Selon Lewis et Frydenberg (2004), le sentiment de bien-être s'associe positivement à des stratégies productives et celui de dysfonctionnement se lie à des stratégies non productives. Les stratégies centrées sur le problème sont négativement liées à des problèmes émotionnels et comportementaux, tandis que celles centrées sur les émotions sont positivement reliées à des problèmes de comportement (Compas, Malcarne, & Fondacaro, 1988). En lien avec des problèmes scolaires, Hess et Copeland (2001) indiquent que l'utilisation des stratégies impliquant notamment de faire des activités sociales et de rechercher le soutien professionnel prédit le décrochage scolaire.

Trois de nos recherches effectuées auprès d'adolescents québécois vont également dans ce sens. Une étude réalisée en 2000 (Dumont, Leclerc, & Pronovost) a permis de voir que les adolescents présentant des troubles intériorisés ou extériorisés de la conduite adoptent davantage

certaines stratégies du style non productif que les jeunes ne présentant pas de tels troubles. Une autre plus récente (Pronovost, Leclerc, & Dumont, 2003) montre que les adolescents présentant un haut niveau de risque suicidaire rapportent un répertoire de stratégies plus déficitaires que ceux qui ne sont pas à risque. Des analyses de régression multiple laissent voir que les stratégies productives et non productives s'associent respectivement de manière positive et négative au risque suicidaire. Enfin, il est apparu clairement dans le cadre de cette étude, ainsi que dans celle de Dumont, Pronovost et Leclerc (2004), que les jeunes bénéficiant de services de réadaptation en centres jeunesse adoptent davantage certaines stratégies liées au style non productif (par exemple, ne rien faire, faire baisser la tension et se défouler) et moins souvent certaines stratégies liées au style productif (par exemple, travailler à résoudre le problème, se centrer sur le positif), comparativement à ceux qui fréquentent des milieux scolaires.

MÉTHODE

Les participants

L'étude de validation a été effectuée en milieu scolaire auprès de 492 adolescents québécois francophones de la région de Chaudière-Appalaches. L'échantillon comprend 257 filles et 234 garçons (le sexe d'un adolescent n'a pas été indiqué). L'âge moyen des participants est de 15,6 ans ($ÉT = 0,87$). Les données concernant l'âge sont manquantes pour cinq participants (deux filles et trois garçons). Les participants sont des élèves des niveaux troisième à cinquième secondaire. On retrouve 135 adolescents en troisième secondaire, 295 en quatrième et 57 en cinquième secondaire (le niveau scolaire de cinq élèves n'est pas précisé). La majorité des élèves, soit 74,7 % d'entre eux, rapportent vivre avec leurs deux parents (mère et père).

L'instrument de mesure

L'instrument utilisé est le *Adolescent Coping Scale (ACS)* de Frydenberg et Lewis (1993) qui se présente comme une liste de pointage de 79 items, chacun décrivant un comportement spécifique de coping. Ces énoncés se rapportent à 18 stratégies de coping différentes basées sur trois à cinq items. Ces 18 stratégies se répartissent entre trois styles de coping distincts. Un 80^e item vient s'ajouter à la liste : on demande aux adolescents d'inscrire d'autres stratégies qu'ils utilisent et qui n'ont pas été mentionnées précédemment. Le questionnaire est gradué de 1 (jamais/ne s'applique pas) à 5 (utilisé très souvent). Le temps requis pour compléter le questionnaire est de 15 à 20 minutes. Le ACS peut aussi être administré sous une forme abrégée de 18 items (Frydenberg & Lewis, 1993) issue des 79 items originaux.

L'*Adolescent Coping Scale* existe sous deux formes : une forme spécifique pour mesurer les réponses adaptatives en regard d'un problème précis identifié par l'adolescent et une forme générale évaluant la façon habituelle dont un individu réagit aux problèmes. Ce test a été conçu et validé dans le cadre d'études menées auprès d'étudiants du secondaire de la région de Melbourne (Australie). Le premier et le deuxième échantillon sont composés de 643 élèves et de 500 élèves (Frydenberg, 1989), alors que les étudiants de la troisième étude sont au nombre de 712 (Frydenberg & Lewis, 1990).

Pour la présente étude de validation, l'instrument a fait l'objet d'une traduction française (Pronovost, Morin, & Dumont, 1997) réalisée de façon indépendante par quatre chercheuses universitaires, puis a été soumis à une vérification linguistique. Il a par la suite fait l'objet d'un pré-test auprès d'un sous-groupe d'adolescents afin de vérifier leur compréhension de la formulation des items. La forme générale de l'instrument a été utilisée.

Selon la version originale (Frydenberg & Lewis, 1993), la liste des styles avec les stratégies et les items correspondants sont pour le *Style productif* : *travailler à résoudre le problème* (RESPRB, items 2, 18, 32, 44, 78), *travailler fort pour réussir* (TRAFOR, items 3, 19, 25, 45, 60), *se centrer sur le positif* (CENPOS, items 21, 35, 47, 62), *chercher à se détendre* (RELAXE, items 26, 46, 74), *faire des activités physiques* (ACTPHY, items 4, 20, 34), *rechercher le soutien social* (SOUSOC, items 1, 17, 31, 59, 71), *investir dans ses amis* (AMIS, items 11, 14, 40, 53, 77), *se soucier de ses liens d'appartenance* (APPART, items 8, 33, 38, 50, 66); pour le *Style non productif* : *s'inquiéter* (INQUIT, items 7, 24, 37, 64, 73), *se soucier de ses liens d'appartenance* (APPART, items 8, 33, 38, 50, 66), *adopter une pensée magique* (PENMAG, items 13, 29, 41, 54, 69), *ne rien faire* (RIENFA, items 9, 10, 28, 55, 63), *ignorer le problème* (IGNORE, items 16, 58, 65, 76), *faire baisser la tension* (BAITEN, items 12, 27, 68, 75, 79), *garder pour soi* (GARSOI, items 15, 30, 43, 57), *s'accuser* (BLAME, items 42, 51, 56, 70); pour le *Style référence aux autres* : *rechercher l'aide professionnelle* (AIDPRO, items 6, 23, 61, 72), *entreprendre des actions sociales* (ACTSOC, items 39, 49, 52, 67), *rechercher le soutien social* (SOUSOC, items 1, 17, 31, 59, 71) et *rechercher l'aide spirituelle* (AIDSPI, items 5, 22, 36, 48). Les étiquettes placées entre parenthèses ont été créées dans le cadre de ce travail afin d'alléger les différents tableaux.

RÉSULTATS

Fidélité

Des coefficients de consistance interne ont d'abord été calculés pour les 18 stratégies et les trois styles de coping suivant les regroupements d'items proposés par Frydenberg et Lewis (1993). Il est connu que le

Échelle de coping pour adolescents

nombre d'items composant une échelle influence directement sa fidélité. Considérant que ce nombre dans les différentes stratégies étudiées est de quatre ou cinq, voire de trois dans le cas de deux échelles (ACTPHY, RELAXE), les coefficients retrouvés indiquent des degrés de consistance interne très satisfaisants. Le Tableau 1 présente les moyennes, les écarts-types et les coefficients alpha obtenus dans notre échantillon et ceux dégagés par Frydenberg et Lewis (1993) à partir d'un échantillon australien. Ces derniers résultats sont présentés entre parenthèses.

Dans l'échantillon québécois, quatre stratégies présentent un coefficient se situant entre .85 et .81, soit *la recherche de soutien social* (SOUSOC), *faire des activités physiques* (ACTPHY), *rechercher l'aide spirituelle* (AIDSPI) et *celle de professionnels* (AIDPRO). Sept stratégies obtiennent des alphas de Cronbach variant de .78 à .71 : *investir dans ses amis* (AMIS), *ignorer le problème* (IGNORE), *garder pour soi* (GARSOI), *s'accuser* (BLAME), *s'inquiéter* (INQUIT), *travailler pour résoudre le problème* (RESPRB) et *se centrer sur le positif* (CENPOS). Des indices d'homogénéité des items variant de .69 à .61 sont retrouvés pour les stratégies *adopter une pensée magique* (PENMAG), *travailler fort pour réussir* (TRAFOR), *se soucier de ses liens d'appartenance* (APPART), *faire baisser la tension* (BAITEN), *entreprendre des actions sociales* (ACTSOC), *ne rien faire* (RIENFA). L'une des stratégies qui présente le moins grand nombre d'items, soit *rechercher à se détendre* (RELAXE), présente aussi le plus bas indice de consistance (alpha = .43).

Une comparaison de ces premiers résultats avec les alphas de Cronbach rapportés par Frydenberg et Lewis (1993) dans le manuel d'administration du test permet de dire que l'échantillon québécois obtient des indices équivalents à l'échantillon australien, nonobstant que la taille de l'échantillon australien soit plus élevée (n = 643). Seules cinq stratégies se distinguent par des indices quelque peu différents dans les deux échantillons. Dans le cas des stratégies *faire des activités physiques* (ACTPHY), *ignorer le problème* (IGNORE) et *garder pour soi* (GARSOI), les alphas de l'échantillon québécois sont plus élevés (.81, .78, .76) que ceux de l'échantillon australien (.64, .68, .70). Les stratégies *entreprendre des actions sociales* (ACTSOC) et *rechercher à se divertir* (RELAXE) présentent toutefois des degrés de consistance interne plus élevés dans l'échantillon australien (.70, .54) que dans l'échantillon québécois (.64, .43). Les coefficients de consistance interne des styles dans l'échantillon australien sont de .75 pour le *style productif*, de .62 pour le *style référence aux autres* et de .77 pour le *style non productif*. Ces coefficients dans l'échantillon québécois sont de .80 pour le *style productif*, de .59 pour le *style référence aux autres* et de .76 pour le *style non productif*. L'alpha moyen des différentes stratégies est de .71 dans l'échantillon australien alors qu'il est de .70 dans notre échantillon. Dans les deux échantillons, la

Tableau 1
Moyennes, écarts-types et coefficients alpha obtenus
auprès des échantillons québécois et australien

Stratégies	Nombre d'items	Moyennes	ÉT	Alphas
TRAFOR/Travailler fort pour réussir	5	17,89 (17,9)	3,00 (3,5)	.68 (.68)
RESPRB/Travailler résoudre le problème	5	17,13 (16,2)	3,19 (3,7)	.73 (.72)
AMIS/Investir dans ses amis	5	16,91 (15,4)	4,06 (4,6)	.78 (.74)
APPART/Se soucier liens d'appartenance	5	16,32 (15,2)	2,99 (3,8)	.65 (.67)
PENMAG/Adopter pensée magique	5	16,33 (15,5)	3,59 (4,3)	.69 (.67)
INQUIT/S'inquiéter	5	15,38 (15,1)	3,65 (4,3)	.75 (.73)
SOUSOC/Rechercher soutien social	5	15,41 (14,2)	4,20 (4,4)	.85 (.80)
CENPOS/Se centrer sur le positif	4	13,35 (12,2)	2,92 (3,3)	.71 (.68)
BAITEN/Faire baisser la tension	5	12,57 (11,6)	3,80 (4,4)	.65 (.69)
BLAME/Se blâmer, s'accuser	4	11,76 (10,9)	3,31 (3,6)	.75 (.76)
GARSOI/Garder pour soi	4	11,95 (11,3)	3,22 (3,5)	.76 (.70)
RELAXE/Chercher à se détendre	3	11,88 (11,4)	2,07 (2,4)	.43 (.54)
REINFA/Ne rien faire	5	10,92 (10,8)	3,06 (3,4)	.61 (.58)
ACTPHY/Faire de l'activité physique	3	10,50 (9,6)	3,10 (2,7)	.81 (.64)
IGNORE/Ignorer le problème	4	10,28 (9,6)	2,85 (3,2)	.78 (.68)
AIDSPI/Rechercher aide spirituelle	4	9,00 (7,5)	3,79 (4,1)	.85 (.85)
AIDPRO/Rechercher aide professionnelle	4	7,55 (6,9)	3,09 (3,4)	.84 (.84)
ACTSOC/Entreprendre des actions sociales	4	6,46 (6,8)	2,27 (2,9)	.64 (.70)

Standard échantillon québécois
() échantillon australien

Échelle de coping pour adolescents

stratégie à présenter le plus bas niveau d'homogénéité est *rechercher à se divertir* (RELAXE) et le style qui montre la plus basse consistance interne est *référence aux autres*.

Finalement, les moyennes de ces différents styles sont similaires d'un échantillon à l'autre, cependant des différences significatives apparaissent. Pour le style *productif*, la moyenne obtenue dans l'échantillon québécois ($M=119,92$, $ÉT=16,91$) est significativement plus élevée [$t(1133)=7,47$, $p<.01$] que celle de l'échantillon australien ($M=112,20$, $ÉT=17,50$). Les adolescents québécois présentent également des moyennes significativement supérieures aux adolescents australiens pour les styles *références aux autres* [$M=38,41$, $ÉT=9,15$; $M=36,50$, $ÉT=10,20$; $t(1133)=3,27$, $p<.01$] et *non productif* [$M=105,50$, $ÉT=16,33$; $M=99,90$, $ÉT=19,10$; $t(1133)=5,21$, $p<.01$].

Validité factorielle

Dans le but d'évaluer la structure factorielle de l'instrument dans notre échantillon, une procédure similaire à celle de Frydenberg et Lewis (1993) a été réalisée. D'abord, ces derniers auteurs notent que l'investigation d'une solution en 18 facteurs en une seule étape est difficilement réalisable et suggèrent une approche en trois étapes. Elle consiste à faire trois analyses factorielles en sélectionnant les items propres aux stratégies et en insérant six stratégies à la fois. Cette procédure a été systématiquement respectée. Par ailleurs, les auteurs voient une interdépendance entre les différents éléments puisqu'ils optent pour une analyse en facteurs obliques. Notre point de vue diffère à cet égard, compte tenu que les corrélations inter-items sont plutôt faibles (variant généralement de .001 à .350) et que l'application des rotations obliques aux présentes données ont mis en évidence des corrélations majoritairement négligeables (41 corrélations sur 45) entre les facteurs. Des analyses factorielles exploratoires en composantes principales avec rotations Varimax en retenant pour fins d'identification des poids factoriels supérieurs ou égaux à .40 [critère plus élevé que celui adopté par Frydenberg et Lewis (1993) qui était de .30] et en fixant à six le nombre de facteurs ont plutôt été effectuées. Le choix d'un critère de saturation plus sévère est principalement motivé par un désir d'augmenter les exigences quant aux conventions typiquement établies à cet égard et ainsi, être plus rigoureux dans l'identification d'un facteur.

Les résultats de la première analyse apparaissent au Tableau 2. Il en ressort une solution en six facteurs qui permet d'expliquer 60,9 % de la variance totale; cette variance se répartit ainsi : 16,7 % pour le premier facteur qui regroupe les items associés à la stratégie *s'inquiéter* (INQUIT), 14,1 % pour le second facteur qui se compose des items reliés à la

Tableau 2
Analyse 1 : Résultat de l'analyse factorielle de 24 items

	FACTEURS					
	1	2	3	4	5	6
ACTPHY						
4					85 (82)	
20					78 (79)	
34					88 (61)	
INQUIT						
7	78 (75)					
24	78 (71)					
37	71 (64)					
64	80 (60)					
73	--- (72)					
ACTSOC						
39				(74)		71
49				(77)		82
52				(76)		73
67				(73)		50
CENPOS						
21		(73)	61			
35		(69)	69			
47		(69)	71			
62		(66)	68			
IGNORE						
16		80	(74)			
58		79	(73)			
65		66	(63)			
76		81	(71)			
BLAME						
42				86		(76)
51			51			(67)
56				84		(76)
70				75		(79)
Valeur propre	4,00	3,38	2,45	1,96	1,62	1,21
	(4,7)	(2,7)	(2,1)	(1,9)	(1,3)	(1,1)
% de la variance	16,7	14,1	10,2	8,2	6,7	5,0
	(20,0)	(12,0)	(9,0)	(8,0)	(6,0)	(5,0)

Point décimal omis Standard échantillon québécois () échantillon australien

Échelle de coping pour adolescents

stratégie *ignorer le problème* (IGNORE), 10,2 % pour le troisième facteur qui est *se centrer vers le positif* (CENPOS), 8,2 % pour le quatrième facteur qui relève de la stratégie *s'accuser* (BLAME), 6,7 % pour le cinquième facteur qui se compose de la stratégie *faire des activités physiques* (ACTPHY) et finalement 5 % pour le sixième facteur qui se rapporte à la stratégie *entreprendre des actions sociales* (ACTSOC). La valeur propre (*eigenvalue*) de ces six facteurs est respectivement de 4,00; 3,38; 2,45; 1,96; 1,62 et de 1,21 pour un total de 14,62. Comme on peut le constater, les items viennent s'associer conformément aux résultats de Frydenberg et Lewis (1993), sauf l'item 51 qui se dissocie des items de la stratégie *s'accuser* (BLAME) pour se joindre à ceux des items de la stratégie *se centrer vers le positif* (CENPOS). De plus, l'item 73 (en lien avec INQUIT) ne sature sur aucun facteur. Cette première solution factorielle correspond assez bien à la structure factorielle de l'échantillon australien.

La seconde solution factorielle comporte 27 items répartis en six facteurs et reproduit celle obtenue chez les sujets australiens (Tableau 3). La structure factorielle permet d'expliquer 54,5 % de la variance totale dans l'échantillon québécois. La contribution respective des stratégies est la suivante : *recherche de soutien social* (SOUSOC) pour 19,4 %, *recherche d'aide spirituelle* (AIDSPI) pour 10,4 %, *faire baisser la tension* (BAITEN) pour 8,6 %, *se soucier de ses liens d'appartenance* (APPART) pour 6,4 %, *adopter une pensée magique* (PENMAG) pour 4,9 % et *rechercher à se détendre* (RELAXE) pour 4,8 %. Les items viennent s'associer conformément aux résultats obtenus dans l'échantillon australien, sauf dans le cas de l'item 75 qui se trouve sur deux facteurs.

La troisième solution factorielle apparaît au Tableau 4. Elle explique 55,2 % de la variance totale des 28 items considérés dans l'échantillon québécois. Le premier facteur comprend les items qui s'associent pour représenter *l'investissement dans ses amis* (AMIS) et il contribue pour 20,1 % de la variance. Le second facteur se compose des items relatifs à la *recherche d'aide professionnelle* (AIDPRO) et vient expliquer 10,1 % de la variance. Le troisième facteur comprend les items rattachés aux deux stratégies *ne rien faire* (RIENFA) et *garder pour soi* (GARSOI) et explique 8,9 % de la variance. Les quatrième et cinquième facteurs regroupent respectivement les items se rapportant à *travailler à résoudre le problème* (RESPRB) (7,2 % de la variance) et *travailler fort pour réussir* (TRAFOR) (4,7 % de la variance). Par ailleurs, un élément intéressant, mais à la fois divergent de la composition attendue, se produit dans le cas du sixième facteur. Deux items rattachés à la stratégie *ne rien faire* (RIENFA) se dissocient des trois autres pour venir expliquer 4,2 % de la variance et

Tableau 3
Analyse 2 : Résultat de l'analyse factorielle de 27 items

	FACTEURS					
	1	2	3	4	5	6
SOUSOC						
1	67 (68)					
17	77 (72)					
31	67 (65)					
59	85 (80)					
71	79 (75)					
AIDSPI						
5		83 (86)				
22		83 (81)				
36		72 (80)				
48		86 (86)				
RELAXE						
26					(65)	52
46					(71)	46
74					(82)	74
APPART						
8				50 (62)		
33				64 (56)		
38				61 (77)		
50				56 (60)		
66				54 (58)		
PENMAG						
13					52	(65)
29					53	(69)
41					61	(60)
54					70	(60)
69					74	(74)
BAITEN						
12			69 (67)			
27			52 (74)			
68			62 (60)			
75			45 (41)			42
79			72 (84)			
Valeur propre	5,25	2,81	2,32	1,72	1,31	1,29
	(5,1)	(3,0)	(2,3)	(1,8)	(1,4)	(1,3)
% de la variance	19,4	10,4	8,6	6,4	4,9	4,8
	(19,0)	(11,0)	(9,0)	(7,0)	(5,0)	(5,0)

Point décimal omis Standard échantillon québécois () échantillon australien

Échelle de coping pour adolescents

Tableau 4
Analyse 3 : Résultat de l'analyse factorielle de 28 items

	FACTEURS					
	1	2	3	4	5	6
RESPRB						
2	(33)			72		(44)
18	(56)			69		(35)
32	(33)			56		(49)
44	(44)			47		(---)
78	(38)			77		(33)
AIDPRO						
6		77		(78)		
23		84		(81)		
61		85		(84)		
72		73		(84)		
AMIS						
11	77				(58)	
14	76				(59)	
40	45				(81)	
53	64				(80)	
77	72				(84)	
TRAFOR						
3	(83)				56	
19	(60)				49	
25	(78)				72	
45	(72)				63	
60	(52)				63	
RIENFA						
9		(77)	57			
10		(73)	48			
28		(60)				81
55		(65)	45			
63		(61)				71
GARSOI						
15			66 (69)			
30			53 (63)			
43			74 (78)			
57			69 (76)			
Valeur propre	5,62 (4,6)	2,81 (3,6)	2,50 (2,5)	2,03 (2,4)	1,32 (1,3)	1,17 (1,2)
% de la variance	20,1 (16,0)	10,1 (13,0)	8,9 (9,0)	7,2 (9,0)	4,7 (5,0)	4,2 (5,0)

Point décimal omis Standard échantillon québécois () échantillon australien

ainsi faire ressortir une nouvelle stratégie. Ces deux items font référence à des considérations somatiques et se lisent comme suit : 28. *Je deviens malade* et 63. *Je souffre de maux de tête ou de brûlures d'estomac*.

À la lumière de ces résultats, il apparaît opportun de conserver l'association de ces deux items dans une stratégie qu'il a été convenu d'appeler *éprouver des malaises physiques* (MAUX). Il a aussi été décidé de retirer les deux items plus problématiques de la première analyse factorielle c'est-à-dire les items 51 et 73. À la suite de ces changements, la stratégie *s'inquiéter* (INQUIT) se compose maintenant de quatre items au lieu de cinq ($M = 13,06$, $ÉT = 3,23$), alors que la stratégie *s'accuser* (BLAME) est réduite de quatre à trois items ($M = 8,77$, $ÉT = 2,99$). La stratégie qui consiste à *ne rien faire* (RIENFA) comprend trois items ($M = 6,74$, $ÉT = 2,17$) auxquels deux items sont retirés pour former une 19^e stratégie *éprouver des malaises physiques* (MAUX) ($M = 4,18$, $ÉT = 1,78$). Un examen de la consistance interne de ces stratégies modifiées permet de constater une augmentation de la valeur des alphas. Dans le cas de la stratégie *s'inquiéter* (INQUIT), l'alpha passe de .75 à .81, l'alpha de *s'accuser* (BLAME) passe de .75 à .85 alors que *ne rien faire* (RIENFA) a un alpha qui passe de .61 à .67. Malgré ses deux items, *éprouver des malaises physiques* (MAUX) obtient un indice d'homogénéité de .59. Les corrélations inter-items corrigées sont toutes supérieures à .35.

Toujours en lien avec la démarche proposée par Frydenberg et Lewis (1993), une autre analyse factorielle en composantes principales suivant des rotations Varimax avec une saturation de .40 et plus a été effectuée. L'objectif était de vérifier l'association des diverses stratégies en vue de dégager les différents styles de coping. Les résultats sont présentés au Tableau 5. Les stratégies et les styles qui apparaissent à la gauche du tableau sont les regroupements de l'étude originale (échantillon australien, Frydenberg et Lewis, 1993) et suivent les résultats obtenus dans l'échantillon québécois. La solution factorielle met en évidence trois facteurs qui expliquent 48,7 % de la variance totale de l'instrument. Le premier facteur se compose de neuf stratégies : *s'inquiéter* (INQUIT), *se soucier de ses liens d'appartenance* (APPART), *adopter une pensée magique* (PENMAG), *ne rien faire* (RIENFA), *ignorer le problème* (IGNORE), *faire baisser la tension* (BAITEN), *garder pour soi* (GARSOI), *s'accuser* (BLAME) et *éprouver des malaises physiques* (MAUX). Ces stratégies de style « non productif » contribuent à une explication de 22,8 % de la variance et sa valeur propre est de 4,33. Le deuxième facteur comprend cinq stratégies : *travailler à résoudre le problème* (RESPRB), *travailler fort pour réussir* (TRAFOR), *se centrer sur le positif* (CENPOS), *rechercher à se détendre* (RELAXE), *faire des activités physiques* (ACTPHY). Ces stratégies de style « productif » contribuent à un

Échelle de coping pour adolescents

Tableau 5

Analyse factorielle sur les stratégies de coping et comparaison avec les regroupements de Frydenberg et Lewis (1993)

Échantillon australien	Échantillon québécois	Facteurs		
		1	2	3
STYLE PRODUCTIF				
RESPRB	RESPRB (2, 18, 32, 44, 78)		59	43
TRAFOR	TRAFOR (3, 19, 25, 45, 60)		75	
CENPOS	CENPOS (21, 35, 47, 62)		73	
RELAXE	RELAXE (26, 46, 74)		58	
ACTPHY	ACTPHY (4, 20, 34)		68	
SOUSOC				
AMIS				
APPART				
STYLE NON PRODUCTIF				
INQUIT	INQUIT (7, 24, 37, 64)	62		
APPART	APPART (8, 33, 38, 50, 66)	45	45	
PENMAG	PENMAG (13, 29, 41, 54, 69)	67		
RIENFA	RIENFA (9, 10, 55)	53	-41	
IGNORE	IGNORE (16, 58, 65, 76)	47		
BAITEN	BAITEN (12, 27, 68, 75, 79)	65		42
GARSOI	GARSOI (15, 30, 43, 57)	56		-53
BLAME	BLAME (42, 56, 70)	73		
	MAUX (28, 63)	63		
STYLE RÉFÉRENCE AUX AUTRES				
SOUSOC	SOUSOC (1, 17, 31, 59, 71)			79
AIDPRO	AIDPRO (6, 23, 61, 72)			66
ACTSOC	ACTSOC (39, 49, 62, 67)			62
AIDSPI				
	AMIS (11, 14, 40, 53, 77)			66
Valeur propre		4,33	3,23	1,68
% de la variance		22,8	17,0	8,90

Point décimal omis (numéro des items dans l'échantillon québécois)

pourcentage de la variance de 17 % et sa valeur propre est de 3,23. Le troisième facteur comprend quatre stratégies : *rechercher du soutien social* (SOUSOC), *rechercher l'aide professionnelle* (AIDPRO), *entreprendre des actions sociales* (ACTSOC) et *investir dans ses amis* (AMIS). Ces stratégies de style « référence aux autres » expliquent 8,9 % de la variance et sa valeur propre est de 1,68. Il faut remarquer que contrairement à l'échantillon australien, la stratégie de *recherche de l'aide spirituelle* (AIDSPI) ne s'associe à aucune autre stratégie dans notre échantillon.

Comparativement à la structure factorielle de l'instrument d'origine où des rotations obliques sont utilisées, cette analyse en facteurs orthogonaux présente des différences de par sa saturation vers un seul facteur. Il faut noter que le style « non productif » comprend les huit stratégies originales auxquelles s'ajoute la stratégie éprouver des malaises physiques (MAUX). Les cinq stratégies du *style productif* de l'échantillon québécois sont aussi les mêmes que celles du *style productif* de l'échantillon australien. Toutefois, la *recherche de soutien social* (SOUSOC) et la *recherche des amis* (AMIS) qui se retrouvent dans le *style productif* de l'échantillon australien se rattachent au *style référence aux autres* dans notre étude. *Se soucier de ses liens d'appartenance* (APPART) qui se situe à la fois dans les *styles productif et non productif* de l'échantillon australien, obtient un poids factoriel un peu plus élevé en association avec le *style non productif* dans le cas présent. Le *style référence aux autres* de l'échantillon québécois comprend trois des quatre stratégies associées à ce style chez les participants australiens. Les trois stratégies qui sont semblables sont *rechercher du soutien social* (SOUSOC), *rechercher l'aide professionnelle* (AIDPRO) et *entreprendre des actions sociales* (ACTSOC). *L'aide spirituelle* (AIDSPI) présente dans l'échantillon australien doit être retirée selon les analyses réalisées auprès de l'échantillon québécois, alors que la stratégie *investir dans les amis* (AMIS) devrait y être ajoutée.

Par ailleurs, les indices de corrélation entre les stratégies laissent voir une absence de redondance entre ces mesures. De cette manière, les valeurs minimale et maximale entre les 18 stratégies issues de nos analyses factorielles sont respectivement de $-.01$ (*faire baisser la tension* et *travailler à résoudre le problème*) et de $.62$ (*investir dans ses amis* et *rechercher le soutien social*). Une corrélation moyenne de $.14$ est observée. Plus spécifiquement, la corrélation moyenne entre les 10 corrélations issues de l'examen des cinq stratégies propres au *style productif* est de $.37$. La valeur minimale trouvée est de $.26$ (*faire des activités physiques* et *travailler à résoudre le problème*), tandis que la valeur maximale est de $.47$ (*chercher à se divertir et se centrer vers le positif*). La corrélation moyenne entre les six corrélations générées par l'examen des quatre stratégies relatives au *style référence aux autres* est

Échelle de coping pour adolescents

de .42. La valeur minimale observée est de .30 (*entreprendre des actions sociales et investir dans ses amis*), alors que la valeur maximale est de .62 (*investir dans ses amis et rechercher le soutien social*). La corrélation moyenne entre les 36 corrélations dégagées de l'examen des neuf stratégies associées au *style non productif* est de .26. La valeur minimale observée est de .01 (*se soucier de ces liens d'appartenance et ne rien faire*). La valeur maximale est de .50 (*s'accuser et faire baisser la tension*). La corrélation moyenne dégagée de l'examen de la relation entre les cinq stratégies du *style productif* et les quatre stratégies du *style référence aux autres* est de .23 (minimum = .06, maximum = .56). Cette corrélation issue de l'examen de la relation entre les cinq stratégies du *style productif* et les neuf stratégies du *style non productif* est de -.01 (minimum = -.39, maximum = .34). La corrélation moyenne trouvée entre les quatre stratégies du *style référence aux autres* et des neuf stratégies du *style non productif* est de .06 (minimum = -.41, maximum = .51). La stratégie *rechercher l'aide spirituelle*, qui ne s'associe à aucun style, a un lien de force moyenne de .14 avec les autres stratégies (minimum = .01, maximum = .26).

Finalement, les styles représentés par des scores globaux semblent constituer de stratégies qui ne sont pas répétitives. Le *style productif* présente une corrélation moyenne de .70 avec les cinq stratégies qui lui sont associées, de .32 avec les stratégies du *style référence aux autres* et de -.02 avec celles du *style non productif*. Le *style référence aux autres* obtient une corrélation moyenne de .32 avec les cinq stratégies du *style productif*, de .74 avec les quatre stratégies qui lui sont rattachées et de .10 avec les neuf stratégies propres au *style non productif*. Ce dernier style présente une corrélation moyenne de -.004 avec les cinq stratégies du *style productif*, de .11 avec les quatre stratégies du *style référence aux autres* et de .58 avec ses propres stratégies.

CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de vérifier les qualités métrologiques de la version canadienne française de l'*Adolescent Coping Scale* de Frydenberg et Lewis (1993) en reproduisant les structures factorielles de l'instrument portant sur les stratégies et les styles de coping auprès d'un échantillon d'adolescents québécois. Les résultats obtenus auprès de cet échantillon ont été comparés à ceux obtenus par Frydenberg et Lewis (1993, 1996) auprès d'adolescents australiens. Les indices de fidélité et de validité issus de cette étude s'apparentent de très près à ceux de l'échantillon australien de Frydenberg et Lewis (1993, 1996). La majorité des coefficients de consistance interne suivent des tendances similaires chez l'échantillon québécois. Les analyses permettent de dégager des solutions factorielles qui confirment les évaluations australiennes tout en faisant ressortir des distinctions qui sont intéressantes. D'abord, deux

items sont problématiques. À la suite d'une communication personnelle avec madame Frydenberg en 1998, nous avons appris que ces difficultés ont aussi été rencontrées par les chercheurs australiens, du moins en ce qui a trait à l'item 73. En second lieu, nos résultats font ressortir 19 stratégies au lieu de 18. L'ajout d'une stratégie s'explique par la dissociation de *ne rien faire* (RIENFA) en deux dimensions. La première se traduit par des énoncés qui font mention de l'abandon du jeune face à ces difficultés, tandis que la seconde se rapporte à des énoncés reliés à des malaises physiques qui semblent bien souvent s'apparenter à des plaintes somatiques. L'étiquette RIENFA a été gardée pour la première, et l'étiquette MAUX a été créée pour la seconde. La mise en évidence de cette dernière stratégie peut être vue comme particulière à cette étude de validation. Toutefois, Frydenberg et Lewis (1996) ont déjà fait valoir l'éventuelle pertinence de considérer séparément ces deux dimensions qu'ils avaient alors nommées désespoir « despair » et maladie psychosomatique « psychosomatic illness ».

Les analyses factorielles, qui cherchent à préciser l'implication des différentes stratégies dans trois styles de coping, font ressortir de petits changements dans la composition des facteurs par rapport aux propositions de Frydenberg et Lewis (1993). À cause de l'option retenue d'une saturation vers un seul facteur, le style « productif » se compose de cinq stratégies au lieu de huit. Les stratégies *rechercher le soutien social* (SOUCOC) et *investir dans les amis* (AMIS) rattachées au style productif viennent s'associer aux stratégies *entreprendre des actions sociales* (ACTSOC) et *rechercher l'aide professionnelle* (AIDPRO) pour le style *référence aux autres*. Contrairement à la version originale australienne, la stratégie *rechercher l'aide spirituelle* (AIDSPI) ne se retrouve pas dans ce dernier style; elle ne sature d'ailleurs sur aucun des trois styles.

La stratégie *se soucier de son groupe d'appartenance* (APPART) doit notamment être considérée avec prudence, car la saturation de cette stratégie est équivalente pour les facteurs style *productif* et *non productif*. Cette stratégie fait référence à une préoccupation présente chez le répondant de correspondre aux normes, aux standards établis dans son groupe d'appartenance et à un désir de faire bonne impression. Sur le plan conceptuel, il serait à propos de penser que suivant la nature de ce groupe d'appartenance (jeune en milieu scolaire *versus* jeune en milieu délinquant), cette stratégie pourrait être tantôt productive, tantôt non productive. Dans l'échantillon australien, cette stratégie sature pour les deux styles (Frydenberg & Lewis, 1993).

Certaines étapes de validation proposées par Vallerand (1989) n'ont pu être effectuées dans cette étude. En effet, les données recueillies dans le cadre de cette recherche ne permettaient pas d'évaluer la stabilité temporelle ou encore la validité concomitante. Cependant, l'ensemble des

résultats obtenus montre que cette traduction du *Adolescent Coping Scale* présente des valeurs psychométriques qui en font un instrument adéquat pour la mesure empirique du coping chez les adolescents de langue française. Trois études récemment réalisées (Dumont et al., 2000; Dumont et al., 2004; Pronovost et al., 2003), et dans lesquelles l'ACS a été exploité à la lumière des résultats de cette étude de validation, montrent que cet instrument présente de bonnes valeurs discriminantes. Les résultats permettent de voir des utilisations différentes des stratégies et des styles de coping par des adolescents, notamment en fonction de leur milieu d'appartenance (milieux scolaires, centres jeunesse), du genre (féminin, masculin) et de la présence ou de l'absence de certains problèmes psychosociaux (troubles intériorisés ou extériorisés, risque suicidaire).

Les stratégies de coping prennent une place importante dans les processus d'adaptation des adolescents. Leur évaluation devient essentielle dans le cas notamment de l'application de programmes de développement des habiletés de coping des jeunes. La validation française de cette échelle contribue ainsi à outiller les professionnels qui veulent travailler sur l'aspect du coping. L'échelle ACS a été intégrée comme instrument de mesure au programme récemment publié, *Apprendre à Faire Face : programme de développement des habiletés de coping pour adolescents* (Frydenberg & Brandon, 2000; adaptation française par Pronovost, Dumont, & Leclerc, 2008). L'outil permet de dresser le profil de coping des adolescents qui participent au programme avant et après l'intervention. Ce programme, traduit et adapté du programme australien *The best of coping* (Frydenberg et Brandon, 2000), a été expérimenté auprès d'adolescents québécois francophones (Pronovost, Tétreault, & Leclerc, 2005).

RÉFÉRENCES

- Chan, D. W. (1995). Depressive symptoms and coping strategies among chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(3), 267-279.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Compas, B. E., Malcarne, V. L., & Fondacaro, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 405-411.
- Copeland, E. P., & Hess, R. S. (1995). Differences in young adolescents' coping strategies bases on gender ethnicity. *Journal of Early Adolescence*, 15(2), 203-219.
- Cunningham, E. G., & Walker, G. A. (1999). Screening for at-risk youth: Predicting adolescent depression from coping styles. *Australian Journal of Guidance of Counselling*, 9(1), 37-46.
- Dumont, M. (2001). Les stratégies adaptatives. In M. Dumont et B. Plancherel (Éds), *Stress et adaptation chez l'enfant* (pp. 55-69). Québec (Canada) : Presses de l'Université du Québec.
- Dumont, M., Leclerc, D., & Pronovost, J. (2000). Profils psychopathologiques et stratégies d'adaptation chez des adolescents. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 50(1), 59-69.

- Dumont, M., Pronovost, J., & Leclerc, D. (2004). Les stratégies adaptatives des adolescents : comparaison d'un groupe scolaire et d'un groupe desservi en Centres jeunesse. *Revue de psychoéducation*, 33(1), 137-155.
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1994). Personal, situational, and contextual correlates of coping in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4(1), 99-125.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual of the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Frydenberg, E. (1989). *Concerns of youth and how they cope : A study of Australian adolescents*. Unpublished doctoral dissertation. Melbourne : La Trobe university.
- Frydenberg, E. (1996). *Adolescent coping. Theoretical and research perspectives*. New-York : Routledge.
- Frydenberg, E., & Brandon, C. (2000). *The best of coping : Developing coping skills for adolescents*. University of Melbourne (Australia).
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1990). How adolescents cope with different concerns : The development of the *Adolescent Coping Checklist (ACC)*. *Psychological Test Bulletin*, 3(2), 63-73.
- Frydenberg E., & Lewis, R. (1993). *The Adolescent Coping Scale*. Melbourne : Australian Council for Educational Research.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1996). A replication study of the structure of the adolescent coping scale: Multiple forms and applications of a self-report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12(3), 224-235.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms : A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40,1659-1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van Den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611.
- Hess, R. S., & Copeland, E. P. (2001). Student's stress, coping strategies, and school completion: A longitudinal perspective. *School Psychology Quarterly*, 16(4), 389-405.
- Lazarus, S. R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer Publishing Compagny.
- Lewis, R., & Frydenberg, E. (2004). Thriving, surviving, or going under : Which coping strategies relate to which outcomes? In E. Frydenberg (Éd), *Thriving, surviving or going under : Coping with everyday lives* (pp 4-34). Connecticut: Information Age Publishing.
- Muller, L., & Spitz, E. (2003). Évaluation multidimensionnelle du coping: Validation du *Brief Cope* sur une population française. *L'encéphale*, 29(6), 507-518.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Rumination coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 92-104.
- Plancherel, B., Bolognini, M., Nuñez, R., & Bettschart, W. (1993). Comment les pré-adolescents font-ils face aux difficultés? Présentation d'une version française du questionnaire *A-Cope*. *Revue suisse de psychologie*, 52(1), 31-43.
- Pronovost, J., Dumont, M., & Leclerc, D. (2008). *Apprendre à Faire Face : programme de développement des habiletés de coping pour adolescents*. [Adaptation française du programme de Frydenberg, E., & Brandon, C. (2000), *the best of coping : Developing skills for adolescents*]. Montréal : Chenelière Éducation.
- Pronovost, J., Leclerc, D., & Dumont, M. (2003). Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents : comparaison de jeunes en milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 179-200.
- Pronovost, J., Morin, N., & Dumont, M. (1997). *Stratégies d'adaptation des adolescents. Traduction française du " Adolescent Coping Scale " de Frydenberg et Lewis (1993)*. Document inédit : Université du Québec à Trois-Rivières.
- Pronovost, J., Tétreault, K., & Leclerc, D. (2005). Le programme de coping « Faire Face » : expérimentation auprès d'adolescents en centres jeunesse. *L'enjeu Spécial Recherche*, 12 (1), 39-47.

Échelle de coping pour adolescents

- Seiffge-Krenke, I. (1994). Les modes d'ajustement aux situations stressantes du développement : comparaison d'adolescents normaux et d'adolescents perturbés. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 23(3), 351-377.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I., & Shulman, S. (1990). Coping style in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21(3), 351-377.
- Seiffge-Krenke, I., & Shulman, S. (1993). Stress, coping and relationships in adolescence. In S. Jackson et H. R. Tomé (Eds), *Adolescence and its social world* (pp.169-196). Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd., Publishers.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30, 662-680.
- Wills, T. A., Blechman, E. A., & McNamara, G. (1996). Family support, coping and competence. In E.M. Hetherington et E.A. Blechman (Eds), *Stress, coping and resilience in children and families*. Mahwah (New Jersey): Lawrence Erlbaum associates publishers
- Wrzesniewski, K., & Chylinska, J. (2007). Assessment of coping styles and strategies with school-related stress. *School Psychology International*, 28(2), 179-194.

RÉSUMÉ

Cette étude évalue les qualités métrologiques de la validation canadienne-française de l'*Adolescent Coping Scale* (ACS) développé par Frydenberg et Lewis (1993). Au total, 492 adolescents québécois ont complété le ACS comprenant 18 stratégies et trois styles. Les indices de fidélité de l'étude québécoise s'apparentent de très près à ceux dégagés par Frydenberg et Lewis. Les données de l'échantillon québécois permettent de reproduire les solutions factorielles originales tout en faisant ressortir des distinctions intéressantes. L'ensemble des résultats présente des valeurs psychométriques qui en font un instrument adéquat pour la mesure du coping chez les adolescents de langue française.

MOTS CLÉS

validité, fidélité, échelle, traduction française, stratégies d'adaptation, adolescence

ABSTRACT

This study focuses on the French Canadian validation of "The Adolescent Coping Scale – ACS" developed by Frydenberg and Lewis (1993). A total of 492 adolescents completed the ACS which covers 18 coping strategies and three styles. The reliability indices of the Canadian sample were similar to those released by Frydenberg and Lewis. The Canadian data allowed us to reproduce the original factorial solutions and make some interesting distinctions. Overall, good psychometric qualities were obtained so that the instrument can be deemed adequate to measure French Canadian adolescents' coping.

KEY WORDS

validity, reliability, scale, French Canadian translation, coping, adolescence

ARTICLES

LIBRES

ANALYSE COMPARATIVE DE L'UTILISATION DE SERVICES DE SANTÉ ASSOCIÉE AUX TROUBLES ANXIEUX

HEALTH SERVICES UTILIZATION AMONG ADULTS WITH ANXIETY DISORDERS

Karine Cloutier¹

Université du Québec à Montréal

André Marchand²

Université du Québec à Montréal

Michel J. Dugas

Université Concordia

Kieron O'Connor

Centre de recherche Fernand-Seguin

Naomi Koerner

Université Concordia

Pasquale Roberge

Université de Montréal

Étant donné leur grande prévalence ainsi que leur impact sur le fonctionnement des individus atteints, les troubles anxieux entraînent des répercussions sociales et des coûts directs et indirects considérables pour l'individu et la société. Les coûts les plus fréquemment associés aux troubles anxieux peuvent prendre la forme de dépendance financière (prestations financières variées), de faibles taux de réussite scolaire, d'absentéisme, de perte de productivité au travail et, surtout, d'une grande utilisation des services offerts par le système de soins de santé (Demers, 1995; Ettigi, Meyerhoff, Chirban, Jacobs, & Wilson, 1997; Katon, VonKorff, & Lin, 1992; Kennedy & Schwab, 1997; Kessler et al., 1994; Klerman, Weissman, Ouellette, Johnson, & Greenwals, 1991; Koerner, Dugas, Marchand, Turcotte, Savard, & Gaudet, 2002; Leon, Portera, & Weissman, 1995; Massion, Warshaw, & Keller, 1993; McCusker, Boulenger, Boyer, Bellavance, & Miller, 1997; Rees, Richards, & Smith, 1998; Roy-Byrne et al., 1999; Roberge et al., 2005; Siegel, Jones, & Wilson, 1990; Stewart-Brown & Farmer, 1997; Swinson, Cox, & Woszczyzna, 1992).

Quelques études américaines se sont penchées sur le phénomène du haut taux d'utilisation des soins de santé en tentant de chiffrer les dépenses annuelles associées principalement aux gens souffrant de troubles anxieux. Simon, Ormel, VonKorff, & Barlow (1995), par exemple, observent que les dépenses engendrées par les sujets souffrant de troubles anxieux ou dépressifs sont beaucoup plus importantes, au cours d'une période de six mois, que celles générées par ceux ne présentant pas ce genre de trouble (2390 \$ contre 1397 \$). Une recherche basée sur la méthode du capital humain (évaluation des coûts médicaux directs et

1. Cet article a été réalisé grâce à des bourses d'études doctorales du Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR) (1999-2001), de la Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (2001-2002) et du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) (2002-2005) obtenues par Karine Cloutier.
2. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3P8. Courriel : marchand.andre@uqam.ca

indirects, ainsi que de la perte de productivité liés à une problématique) révèle que les coûts liés aux troubles anxieux représentent 31,5 % du budget total des 147,8 milliards dépensés en soins de santé mentale annuellement aux États-Unis (Dupont, Rice, Miller, Shiraki, Rowland, & Harwood, 1996). Dans des travaux plus récents basés sur la même méthode, Greenberg et ses collègues (1999) estiment le coût annuel des troubles anxieux à 42,3 milliards de dollars pour l'année 1990 (63,1 milliards de dollars pour l'année 1998), soit 1 542 \$ par personne souffrante. De ce montant, les auteurs chiffrent à 13,3 milliards (31 %) le coût lié aux consultations psychiatriques et à 23 milliards (54 %) celui associé aux soins non psychiatriques. Si nous ajoutons 0,8 milliard lié à la consommation de médicaments sous ordonnance (Roberge & Marchand, 2004; Koerner et al. 2004) cela signifie que 85 % des coûts totaux sont reliés à l'utilisation des services offerts par le système de soins de santé.

De plus, une étude menée par Roy-Byrne et ses collaborateurs (1999) montre que les gens souffrant de trouble panique consultent les médecins spécialistes et se présentent dans les salles d'urgence deux fois plus souvent que les gens n'ayant pas de problème de santé mentale. Plus précisément, près d'une personne sur trois (31 %) répondant aux critères diagnostiques du trouble panique a consulté plus de six médecins spécialistes au cours de l'année précédant l'étude comparativement à une personne sur six (16 %) chez les gens n'ayant pas de diagnostic psychiatrique. Swinson et ses collègues (1992) observent, quant à eux, que le tiers des personnes présentant un trouble panique avec agoraphobie (TPA) et un trouble d'anxiété sociale (TAS) (sans problème organique) a consulté au moins trois professionnels de la santé au cours de l'année précédant l'enquête. Parmi les individus atteints de TPA, 21 % se sont adressés au service d'urgence d'un hôpital, 17 % ont été examinés par un neurologue, 9 % ont été hospitalisés et 9 % ont consulté un cardiologue pour des symptômes spécifiquement liés à l'anxiété.

Bien que les gens souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) (Kennedy & Schwab, 1997; Koerner et al., 2004), d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (Kennedy et Schwab, 1997) et d'un trouble d'anxiété sociale (TAS) (Rees et al., 1998; Swinson et al., 1992) aient fait l'objet d'un moins grand nombre d'études, on remarque chez eux aussi un profil d'utilisation fréquent de services de santé.

La plupart des données portant sur l'utilisation des services de santé par les gens anxieux proviennent des États-Unis. Toutefois, il semble que la situation soit similaire au Canada, bien que le système public permette une accessibilité gratuite ou universelle aux soins, et au Québec où certains auteurs soulignent une plus grande disponibilité des services psychologiques (Lefebvre, Lesage, Cyr, Toupin, & Fournier, 1998). Au

Québec, une recherche de Demers (1995) indique qu'un diagnostic d'anxiété a été posé chez 36 % des utilisateurs fréquents de services de santé (ayant consulté plus de 20 médecins au cours de l'année). De plus, dans une recherche portant sur le profil d'utilisation de services de santé chez la clientèle de sept cliniques d'anxiété du Québec, McCusker et ses collègues (1997) évaluent à 84 % le taux de visites chez des omnipraticiens, 41 % chez des psychiatres, 40 % chez des spécialistes et 39 % chez des psychologues au cours des 12 derniers mois.

Quoique ces données semblent très intéressantes et révélatrices d'un poids financier important lié aux problèmes anxieux, nous croyons que dans le contexte économique actuel où il devient prioritaire d'identifier les éléments coûteux de notre système de santé, il est essentiel d'obtenir davantage de données portant sur la fréquence d'utilisation des services de soins et de mesurer le fardeau économique que représentent les problématiques reliées à l'anxiété au Canada et au Québec. De plus, étant donné la nature et les manifestations dissemblables des divers troubles anxieux, il s'avère pertinent d'examiner le profil d'utilisation de soins de santé, ainsi que les coûts engendrés pour chacune des problématiques afin d'avoir une meilleure idée du poids relatif de ces problèmes dans le système de soins de santé canadien.

La présente étude tente donc d'atteindre deux objectifs : 1) comparer la population anxieuse (incluant le TPA, le TAG, le TOC et le TAS) à la population générale, ainsi que les différents troubles anxieux entre eux relativement à la fréquence d'utilisation des services de soins de santé (omnipraticiens, spécialistes, paramédicaux) et à la consommation de médicaments; 2) comparer les mêmes catégories entre elles relativement aux coûts associés à l'utilisation des services de santé ainsi qu'à la consommation de médicaments.

MÉTHODE

Participants

Au total, 166 participants québécois âgés entre 18 et 65 ans ont pris part à cette étude.

Population anxieuse

Parmi les participants recrutés, nous retrouvons 128 individus composant la population anxieuse, soit 42 (33 %) ayant obtenu un diagnostic primaire [la cote la plus élevée à l'*Entrevue structurée sur les troubles anxieux* (ESTA-IV)] en considérant uniquement les cotes de 4 et plus) de TPA, 39 (31 %) de TAG, 30 (23 %) de TOC et 17 (13 %) de TAS. Ce groupe est constitué de 81 femmes et 47 hommes avec un âge moyen de 39,5 ans ($\bar{ET} = 9,8$). Ces participants ont été recrutés à partir de la liste

d'attente naturelle des individus référés à la Clinique en intervention cognitive et comportementale (CICC) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, de l'Unité thématique d'intervention psychologique (UTIP) du Centre de recherche Fernand-Seguin et de la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Certains participants ont également été recrutés à l'aide de publicités dans les journaux et de présélections téléphoniques. La période de recrutement s'est échelonnée sur une période de quatre ans.

Les individus étaient d'abord convoqués pour une entrevue psychiatrique et ensuite pour une évaluation psychologique au cours de laquelle le diagnostic primaire d'anxiété était confirmé à l'aide de l'ESTA-IV (voir la section mesure). Les participants ne répondant pas aux critères diagnostiques du TAG, du TOC, du TPA ou du TAS comme trouble primaire ou ayant plusieurs diagnostics avec le même niveau de sévérité ont été exclus de l'étude. Une référence vers le service le plus adéquat pour leur situation leur était alors systématiquement fournie.

Population générale

La population générale se compose de 29 (74 %) femmes et de 9 (26 %) hommes avec un âge moyen de 44,5 ans ($ET = 14,9$). Il s'agit d'individus provenant de milieux socio-économiques variés ayant accepté de répondre à l'*Entrevue sur les coûts de la santé (ECS)* (voir la section mesure) par téléphone.

Mesure

Afin de confirmer et de préciser le diagnostic d'anxiété, les participants de la population anxieuse ont répondu à l'*Entrevue structurée sur les troubles anxieux (ESTA-IV)* (*Anxiety Disorders Interview Schedule [ADIS-IV]*) [Brown, DiNardo, & Barlow, 1994]. Il s'agit d'une grille d'entrevue structurée basée sur les critères diagnostiques du DSM-IV. Elle permet d'établir un diagnostic différentiel relativement aux divers troubles anxieux et de les coter sur une échelle de 0 à 8 afin d'indiquer leur niveau de sévérité. Elle permet également d'évaluer la présence d'autres troubles sur l'axe I. Une étude préliminaire de Brown, Di Nardo, Lehman et Campbell (2001) révèle une bonne fiabilité entre les critères diagnostiques du DSM-IV et ceux de l'*ADIS-IV*. La fidélité au test-retest de l'*ADIS-IV* pour les différents troubles anxieux montre des kappas qui s'établissent entre .60 et .86. Notons que cet instrument n'a pas été administré chez les participants de la population générale. Une étude menée par le Ministère de la Santé en Ontario (1994) fait état de taux de prévalence des troubles anxieux de 9 % chez les hommes et de 16 % chez les femmes. Nous pouvons donc nous attendre à retrouver des taux similaires chez notre population générale.

Dans le but de mesurer les différents coûts liés à la santé, les participants de la population anxieuse et de la population générale ont rempli l'*Entrevue sur les coûts de la santé (ECS)*. Il s'agit d'une grille de collecte de données administrée sous forme d'entrevue structurée construite par Roberge, Marchand, Cloutier et Reinharz (2000). Elle permet de mesurer la fréquence d'utilisation des différents services de santé ainsi que les coûts qui y sont associés au cours des trois mois précédant son administration (consultations médicales avec des omnipraticiens et des médecins spécialistes, consultations paramédicales, consommation de médicaments, examens de laboratoire et hospitalisations). Une étude de validation de cet instrument effectuée par Vilandré (2001) montre une bonne fidélité test-retest ($\alpha = .64$) ainsi qu'une bonne validité de divergence ($\alpha = .24$).

Calcul des coûts

Une perspective d'analyse économique sociétale est utilisée pour la présente étude. Le calcul des coûts se base uniquement sur les données colligées par l'*ECS*. Les coûts généraux se rapportent aux visites médicales (omnipraticiens et spécialistes), alors que les coûts relatifs à la médication sous prescription (majorés afin de tenir compte des honoraires des pharmaciens) ont été tirés de la liste officielle de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Les taux utilisés sont ceux de l'année 1999. Les frais associés aux visites rendues à des professionnels autres que les médecins (c.-à-d. le personnel paramédical tel que les psychologues, les infirmières, les massothérapeutes, etc.) ont été rapportés directement par les participants. Les coûts associés aux médicaments homéopathiques et en vente libre n'ont pas été considérés puisque leurs prix n'étaient pas listés officiellement et qu'il était difficile pour les individus de se rappeler la somme déboursée pour ces produits. Afin de comptabiliser la perte de temps associée, durant le traitement psychologique, aux consultations auprès de tous les types de professionnels, nous avons multiplié le salaire minimum au Québec en 1999 (6,90\$/h) par le nombre d'heures perdues (incluant le temps d'attente pour les consultations).

RÉSULTATS

Analyse des résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Tout d'abord, des analyses statistiques comparatives ont été réalisées afin d'évaluer l'équivalence des cinq groupes (chacun des quatre troubles anxieux et la population générale) sur les variables sociodémographiques. Des tests non paramétriques, des chi-carrés ainsi que des ANOVAs nous ont permis de constater que nos groupes ne se différencient pas

statistiquement sur le plan de l'âge, du statut civil et du statut d'emploi. Des différences statistiques sont toutefois observées quant à la proportion hommes/femmes entre les groupes et au niveau de scolarité. Il semble qu'il y ait proportionnellement plus de gens scolarisés (études post-secondaires) parmi les gens souffrant de TAS et de TAG et plus de gens n'ayant pas effectué d'études post-secondaires parmi les TPA comparativement aux autres groupes de participants. Ces données sont présentées dans le Tableau 1.

Fréquence d'utilisation des services de santé

Des analyses de chi-carré ont permis de comparer la proportion d'individus ayant reçu des services de santé chez la population anxieuse (incluant tous les troubles anxieux) et la population générale (voir Tableau 2). Tout d'abord, nous notons une tendance vers le seuil de signification indiquant qu'une proportion plus élevée d'individus rend visite aux omnipraticiens chez la population anxieuse comparativement à la population générale. Ensuite, nous observons une différence significative indiquant que la population anxieuse consulte davantage les différents médecins spécialistes que la population générale [$\chi^2(1,166) = 15,27, p < .05$]. Aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes (population anxieuse vs population générale) quant à la consultation de paraprofessionnels et à la consommation de médicaments.

D'autres analyses de chi-carré ont été effectuées afin de comparer les différents troubles anxieux entre eux relativement à la fréquence de consultations (voir Tableau 2). Une différence significative est observée en ce qui a trait aux visites auprès des médecins spécialistes [$\chi^2(4, 166) = 33,02, p < .05$]. Les cotes Z ajustées nous permettent de constater que la proportion de gens consultant les médecins spécialistes est significativement plus élevée chez les TAG que chez les gens souffrant des autres troubles anxieux. Notons également que la proportion d'individus consultant des spécialistes s'avère significativement inférieure chez les gens souffrant de TPA comparativement à tout autre groupe de troubles anxieux. Une différence est également notée en ce qui a trait à la consommation de médicaments [$\chi^2(4, 166) = 13,11, p < .05$]. En effet, les cotes Z ajustées révèlent une consommation plus élevée chez les gens souffrant de TOC que d'un autre problème d'anxiété. Aucune différence significative n'est observée entre les groupes en ce qui a trait aux visites effectuées auprès des omnipraticiens et des paraprofessionnels.

Les données portant sur la fréquence des consultations avec les sous-types de médecins spécialistes ainsi que les paraprofessionnels sont

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques	TPA n = 42	TOC n = 30	TAS n = 17	TAG n = 38	Population générale n = 39	p
Âge moyen (<i>ÉT</i>)	39,9 (9,8) ^a	38,0 (10,9)	40,4 (9,3)	39,6 (10,7)	44,5 (14,9)	.17
Sexe (%)						
Féminin	34 (81) ^b	17 (57)	9 (53)	21 (55)	29 (74)	.03
Masculin	8 (19)	13 (43)	8 (47)	18 (45)	9 (26)	
État civil (%)						
En couple	31 (74)	19 (63)	9 (53)	27 (69)	32 (82)	.13
Non en couple	11 (26)	11 (37)	8 (47)	12 (31)	6 (18)	
Niveau de scolarité (%)						
Primaire et/ou secondaire	35 (83)	19 (63)	3 (18)	12 (32)	19 (50)	.01
Post-secondaire	7 (17)	11 (37)	14 (82)	27 (68)	19 (50)	
Statut occupationnel (%)						
Salarié	29 (69)	19 (63)	10 (59)	32 (82)	31 (82)	.16
Sans emploi	13 (31)	11 (37)	7 (41)	7 (18)	7 (18)	

^a écart-type entre parenthèses; ^b pourcentage entre parenthèses.

Tableau 2
Nombre de participants ayant utilisé des services de santé
au cours des trois derniers mois

Type de service	TPA n = 42	TOC n = 30	TAS n = 17	TAG n = 38	Troubles anxieux n = 127	Population générale n = 39
Omnipraticiens (%)	28 (67)	19 (63)	10 (59)	31 (82)	88 (69)	20 (51)
Spécialistes (%)	12 (29) ^a	17 (57)	8 (47)	29 (76) ^a	66 (52) ^b	6 (15)
Paraprofessionnels (%)	19 (45)	15 (50)	11 (65)	23 (62)	68 (54)	17 (43)
Prescription de médicaments (%)	27 (64)	27 (90)	8 (47)	25 (66)	87 (69)	20 (51)

^a $p < .05$ pour la comparaison entre les différents troubles anxieux

^b $p < .05$ pour la comparaison entre la population anxieuse et la population générale

présentées dans les Tableaux 3 et 4. Des analyses de chi-carré ont été réalisées afin de comparer la fréquence des visites auprès des psychiatres et des psychologues pour les différents groupes de troubles anxieux. Une différence statistiquement significative est observée uniquement pour les visites psychiatriques [$X^2(4,166) = 53,42, p < .05$]. Les cotes Z ajustées indiquent que les gens souffrant de TOC et de TAG rapportent plus de visites psychiatriques comparativement aux gens présentant d'autres troubles, alors que les gens souffrant de TPA en rapportent significativement moins. Des analyses portant sur la fréquence des visites auprès des autres professionnels n'ont pas pu être réalisées en raison du nombre trop peu élevé de sujets dans chaque sous-catégorie. Toutefois, une analyse visuelle des données, présentée à titre descriptif uniquement, suggère que les gens souffrant de TPA consultent moins souvent la plupart des médecins et des paraprofessionnels, à l'exception des cardiologues (10 %) et des infirmières (26 %) qu'ils semblent visiter davantage. Les gens souffrant de TOC semblent quant à eux, surtout consulter les psychiatres (47 %) et les psychologues (23 %). De plus, tout comme les gens souffrant de TAS, ils fréquentent davantage les groupes de soutien (TOC = 13 %; TAS = 18 %). Les chiffres révèlent une fréquence de consultations auprès des dermatologues de deux à trois fois plus élevée pour les gens souffrant de TAS (12 %) comparativement à ceux souffrant d'autres troubles. Finalement, on observe une fréquence de visites supérieure pour les TAG en ce qui a trait aux psychiatres (61 %) (une analyse statistique citée précédemment souligne que les consultations psychiatriques sont similaires pour les TOC et les TAG, mais supérieures aux autres troubles, aux endocrinologues (11 %), aux psychologues (32 %), aux dentistes (32 %) et aux psychothérapeutes (16 %), ainsi qu'une utilisation plus élevée des lignes d'informations au sujet de la santé (11 %).

Notons que les données descriptives portant sur la population anxieuse (les troubles anxieux regroupés) sont également présentées aux Tableaux 3 et 4 et qu'elles suggèrent une fréquence de consultation supérieure à la population générale pour tous les types de professionnels, mis à part les gastroentérologues (2 % contre 3 %), les pneumologues (0 % contre 3 %), les sexologues (0 % contre 3 %), et les optométristes (2 % contre 3 %), pour lesquels on n'observe aucune différence statistiquement significative.

Coûts reliés à l'utilisation des services de santé

Les moyennes et écart-types des coûts reliés à l'utilisation des services de santé pour chaque trouble, ainsi que pour la population générale, sont présentés dans le Tableau 5.

Tableau 3
 Nombre de participants ayant consulté un médecin spécialiste
 au cours des trois derniers mois

Type de spécialiste	TPA n = 42 (%)	TOC n = 30 (%)	TAS n = 17 (%)	TAG n = 38 (%)	Troubles anxieux n = 127 (%)	Population générale n = 39 (%)
Cardiologue	4 (10)	1 (3)	0 (0)	2 (5)	7 (6)	0 (0)
Chirurgien	1 (2)	3 (10)	0 (0)	3 (8)	7 (6)	0 (0)
Dermatologue	1 (2)	0 (0)	2 (12)	2 (5)	5 (4)	0 (0)
Endocrinologue	0 (0)	1 (3)	0 (0)	4 (11)	5 (4)	1 (3)
Gastro-entérologue	1 (2)	1 (3)	0 (0)	1 (2)	3 (2)	1 (3)
Gynécologue	2 (5)	2 (7)	1 (6)	1 (5)	7 (6)	2 (5)
Neurologue	1 (2)	2 (7)	0 (0)	2 (5)	5 (4)	0 (0)
Ophtalmologiste	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2)	1 (<1)	1 (3)
Oto-rhino- laryngologiste	1 (2)	1 (3)	0 (0)	2 (5)	4 (3)	1 (3)
Pneumologue	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
Psychiatre	2 (5)	14 (47)	3 (18)	23 (61)	42 (33)	0 (0)
Radiologiste	1 (2)	2 (7)	1 (6)	2 (5)	6 (5)	0 (0)
Urologue	0 (0)	0 (0)	1 (6)	0 (0)	1 (<1)	0 (0)

Utilisation de services de santé associée aux troubles anxieux

Tableau 4

Nombre de participants ayant consulté un paraprofessionnel
au cours des trois derniers mois

Type de paraprofessionnel	TPA n = 42 (%)	TOC n = 30 (%)	TAS n = 17 (%)	TAG n = 38 (%)	Troubles anxieux n = 127 (%)	Population générale n = 39 (%)
Professionnels en santé mentale						
Psychologue	3 (7)	7 (23)	3 (18)	9 (24)	22 (17)	3 (8)
Psychothérapeute	2 (5)	2 (7)	1 (6)	6 (16)	11 (9)	0 (0)
Autres professionnels						
Acupuncteur	0 (0)	1 (3)	1 (6)	3 (8)	5 (4)	1 (3)
Chiropraticien	4 (2)	1 (3)	0 (0)	3 (8)	8 (6)	0 (0)
Dentiste	0 (0)	0 (0)	3 (8)	12 (32)	15 (12)	4 (10)
Diététiste	0 (0)	1 (3)	1 (6)	0 (0)	2 (2)	0 (0)
Ergothérapeute	0 (0)	1 (3)	0 (0)	0 (0)	1 (<1)	0 (0)
Groupe de soutien	1 (2)	4 (13)	3 (18)	2 (5)	10 (8)	0 (0)
Infirmière	6 (26)	5 (17)	1 (6)	1 (3)	18 (14)	5 (13)
Ligne d'information	0 (0)	1 (3)	0 (0)	4 (11)	5 (4)	0 (0)
Massothérapeute	1 (2)	3 (10)	0 (0)	6 (16)	10 (8)	0 (0)
Naturopathe	0 (0)	2 (7)	1 (6)	1 (3)	2 (2)	0 (0)
Optométriste	0 (0)	1 (3)	1 (6)	1 (3)	3 (2)	1 (3)
Ostéopathe	0 (0)	3 (10)	2 (12)	0 (0)	5 (4)	1 (3)
Physiothérapeute	1 (2)	1 (3)	2 (12)	3 (8)	7 (6)	5 (13)
Sexologue	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3)
Travailleur social	1 (2)	1 (3)	1 (6)	0 (0)	3 (2)	0 (0)

Tableau 5

Moyenne des coûts liés à l'utilisation des services de santé, en dollars (\$)

Types de service	TPA n = 42 (ÉT)	TOC n = 30 (ÉT)	TAS n = 17 (ÉT)	TAG n = 38 (ÉT)	Troubles anxieux n = 127 (ÉT)	Population générale n = 39 (ÉT)
Consultations auprès d'omnipraticiens	39,10 (47,26)	62,97 (74,48)	34,28 (40,00)	43,60 (48,94)	45,42 (54,86)	22,28 (31,20)
Consultations auprès de spécialistes	19,69 (35,01)	48,72 (76,24)	67,22 (123,07)	68,71 (71,74)	47,74 (75,00)	8,06 (23,26)
Consultations auprès de paraprofessionnels	202,22 (508,14)	591,24 (1059,00)	216,54 (430,09)	498,18 (71,74)	386,80 (806,75)	71,39 (155,35)
Médicaments sous ordonnance	40,37 (75,00)	206,97 (261,06)	36,64 (65,18)	88,64 (162,88)	93,67 (173,91)	4,57 (55,83)
Coûts moyens totaux	301,38	909,90	354,68	701,29	566,81	136,30

Des ANOVAs ont été effectuées afin de répondre au deuxième objectif de recherche qui consiste à comparer les coûts pour la population anxieuse et la population générale, ainsi qu'à comparer les troubles anxieux entre eux. Les résultats montrent que les coûts moyens liés aux services de santé sont significativement plus élevés pour la population anxieuse (TAG, TOC, TAS et TPA) que pour la population générale en ce qui concerne les visites chez les omnipraticiens [$F(1,166) = 4,68, p < .05$], les spécialistes [$F(1,166) = 10,29, p < .05$] et les paraprofessionnels [$F(1,166) = 5,72, p < .05$], de même que pour la médication [$F(1,166) = 4,24, p < .05$].

Les comparaisons entre les différents troubles anxieux indiquent que les coûts moyens liés aux consultations auprès des omnipraticiens et des paraprofessionnels ne diffèrent pas significativement en ce qui concerne les gens souffrant de TAG, de TPA, de TOC et de TAS. Des différences significatives sont cependant observées en ce qui a trait aux visites auprès des médecins spécialistes [$F(3,166) = 3,56, p < .05$] et à la consommation de médicaments [$F(3,166) = 7,06, p < .05$]. De façon plus détaillée, les effets simples montrent que les coûts moyens relatifs aux consultations auprès des spécialistes sont significativement plus élevés chez les TAG que chez les TPA ($p < .05$). En ce qui a trait aux coûts liés à la consommation de médicaments, il semble que le TOC se distingue par ses coûts significativement plus élevés que le TAS ($p < .05$), le TPA ($p < .0001$) et le TAG ($p < .05$).

DISCUSSION

La présente recherche avait pour objectif d'évaluer la fréquence d'utilisation des services de santé et les coûts qui y sont associés pour les gens souffrant de quatre troubles anxieux (TAG, TAS, TOC et TPA) et pour la population générale au cours d'une période de trois mois. Les résultats indiquent que la population anxieuse consulte davantage les médecins omnipraticiens et les spécialistes. Ces données corroborent celles rapportées dans plusieurs recherches effectuées sur l'ensemble des troubles anxieux ou sur un trouble en particulier (Greenberg et al., 1999; Kennedy & Schwab, 1997; Koerner et al., 2002; Roy-Byrne et al., 1999). Quant à la fréquence des visites chez les paraprofessionnels et à la consommation de médicaments, il semble qu'elle soit équivalente chez les gens anxieux et la population générale, ce qui va à l'encontre de la plupart des résultats obtenus par les études énumérées précédemment. Ces résultats s'avèrent plutôt surprenants, mais à la lumière d'autres données obtenues dans cette étude, ils soulèvent un questionnement de notre part : la différence entre les gens souffrant d'anxiété et la population générale face à l'utilisation des services paramédicaux et à la consommation de médicaments se situerait-elle davantage au niveau de la nature et des coûts plutôt qu'au niveau de la fréquence?

En ce qui concerne l'aspect économique relié à l'utilisation des services de santé, les résultats révèlent que des coûts moyens statistiquement supérieurs sont engendrés par les gens souffrant de troubles anxieux pour tous les types de services (omnipraticiens, spécialistes, paraprofessionnels et médication) comparativement à la population générale. Comme peu d'études ont examiné rigoureusement les coûts associés à chacune des catégories de services de santé entre les troubles anxieux et la population générale, il est difficile de comparer ces données à la littérature existante. Notons cependant que ces données vont dans le même sens que l'étude de Koerner et ses collègues (2004) portant sur les coûts reliés au TAG comparativement à une population non clinique.

Un des éléments novateurs de cette recherche consistait à comparer quatre différents troubles anxieux au niveau de la fréquence d'utilisation des services de santé et des coûts qui y sont associés. Certains résultats s'avèrent plutôt étonnants, notamment en ce qui concerne le TPA, souvent reconnu comme le trouble associé au plus grand recours aux services de santé parmi les problèmes psychiatriques (Greenberg et al., 1999; Leon et al., 1995; Weissman, 1991). En effet, nos résultats indiquent que les gens souffrant de TPA consultent moins les spécialistes que les gens souffrant des autres troubles anxieux et que les coûts reliés à ces visites sont significativement plus bas que ceux engendrés par les gens souffrant de TAG. Ces résultats vont à l'encontre de recherches qui mettent en

évidence la plus haute fréquence d'utilisation de services de santé et les coûts plus élevés engendrés par les gens souffrant de TPA comparativement au TOC, au TAG et au TAS (Kennedy & Schwab, 1997; Rees et al., 1998). Nos analyses révèlent même un plus faible taux de visites chez les psychiatres pour les TPA que pour les gens souffrant d'un TAS (qui est pourtant associé à un moins grand nombre de consultations auprès de ces professionnels selon Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz et Weissman, 1992). Selon nous, deux hypothèses peuvent expliquer partiellement ces résultats. Premièrement, la majorité des études traitant de l'utilisation des soins de santé ont mis l'accent sur le TPA, ce qui a pu entraîner une sous-estimation de la fréquentation des services de santé par les autres troubles anxieux. Deuxièmement, il est possible que les gens souffrant de TPA soient davantage portés à consulter les médecins omnipraticiens que les spécialistes, car ils se présentent plutôt dans les services d'urgence. Nos données indiquent toutefois que les médecins cardiologues semblent être fréquentés davantage par les gens souffrant de TPA que par les autres troubles. Ces résultats appuient ceux de Katon et ses collègues (1992) qui estiment à plus de 33 millions par année les coûts associés aux examens cardiologiques effectués suite à des douleurs abdominales reliées au TPA aux États-Unis.

En ce qui a trait au TAG, les résultats obtenus vont dans le même sens qu'un nombre grandissant d'études soulignant l'utilisation importante des services de santé et des coûts engendrés par cette population (Dugas, Freeston, Ladouceur, Rhéaume, Gagnon, & Thibodeau, 1998; Koerner et al., 2004; Maier, Gansicke, Freyberger, Linz, Heun, & Lecrubier, 2000). Le TOC est quant à lui associé à la plus grande consommation de médicaments sous ordonnance, ainsi qu'aux coûts les plus élevés reliés à celle-ci. Les données concernant le TOC sont également surprenantes dans la mesure où la littérature ne fait pas état de ce trouble comme étant un facteur de coûts considérables pour les services de santé. Les résultats de la présente étude nous amènent donc à examiner cette problématique dans une toute nouvelle perspective puisqu'en plus d'être associée à des frais de médication au moins trois fois plus élevés que les autres problèmes d'anxiété, sauf pour le TAG, elle constitue le trouble anxieux le plus coûteux lorsqu'on considère l'ensemble des coûts. En effet, nous observons des coûts moyens de 909 \$ par individu souffrant de TOC pour une période de trois mois, alors que nous obtenons des coûts de 701 \$ pour un individu souffrant de TAG, de 354 \$ pour un individu souffrant de TAS et, finalement, de 301 \$ pour un individu souffrant de TPA.

Cette recherche souligne le fardeau financier non négligeable que représentent les troubles anxieux dans notre système de santé. Elle permet également d'améliorer considérablement le corpus de

connaissances portant sur le coût des problèmes de santé mentale au Canada. Toutefois, comme tout autre ouvrage de ce type, la présente étude comporte certaines limites. Tout d'abord, notons la petite taille de l'échantillon limitant la réalisation de certaines analyses. Par exemple, outre des données descriptives (Tableaux 3, 4 et 5) permettant d'examiner les types de professionnels consultés pour chaque trouble, il s'est avéré impossible de conduire des analyses statistiques et économiques rigoureuses pour la plupart des sous-types de professionnels en raison du nombre trop peu élevé de participants dans les diverses catégories. Or, ces données permettraient de préciser la symptomatologie anxieuse la plus à risque de se retrouver dans le cabinet des différents professionnels de la santé (cardiologues, gastro-entérologues, chiropraticiens, etc.) favorisant ainsi une meilleure direction vers un traitement adéquat.

Une autre limite importante concerne la mesure utilisée dans l'étude. D'une part, il y a le fait que l'Entrevue sur les coûts de la santé (ECS) offre une mesure de l'utilisation des services de soins sur trois mois seulement, ce qui restreint la période couverte par notre analyse. Le but de la présente recherche visait toutefois davantage à observer la fréquentation des services et les coûts associés aux troubles anxieux sur un moment précis dans le temps plutôt qu'à obtenir des données sur une longue durée. De plus, l'ECS étant un instrument de mesure rétroactif qui se base principalement sur la mémoire des participants, la période couverte devait être relativement courte afin d'obtenir les informations les plus fiables possibles. D'autre part, il y a le fait que l'Entrevue sur les troubles anxieux (*ADIS-IV*) n'ait pas été administrée chez la population générale, limitant ainsi les connaissances cliniques que nous avons sur notre groupe contrôle déjà restreint par la taille. Cependant, tel que mentionné plus tôt dans l'article, suite à une enquête sur la santé menée en Ontario (1994) qui fait état de taux de prévalence des troubles anxieux de 9 % chez les hommes et de 16 % chez les femmes, nous pouvons nous attendre à retrouver des taux similaires chez notre population générale.

À la lumière des données obtenues jusqu'à présent, tout porte à croire que d'autres recherches sont nécessaires afin de consolider les connaissances quant au rôle joué par les troubles anxieux dans les coûts substantiels associés à la seule détresse psychologique. Stephens et Joubert (2001) estiment ces coûts au Canada à plus de 14 milliards par année. Ces recherches devraient toutefois inclure un plus grand nombre de participants dans chaque catégorie diagnostique et devraient également tenir compte du trouble de stress post-traumatique et de la phobie spécifique dont nous n'avons pas parlé dans cet article. Une analyse économique plus complète, c.-à-d. portant sur une période de temps plus longue et incluant aussi les divers coûts indirects (absentéisme, perte de productivité au travail, dépendance financière)

associés aux problématiques d'anxiété ainsi que les frais d'infrastructure reliés aux consultations de soins de santé, s'avérerait également très pertinente.

De plus, quelques études suggèrent que certains traitements efficaces pour chacun des troubles anxieux entraîneraient une réduction significative de l'utilisation des soins de santé et, par conséquent, des coûts qui y sont associés (Bowen, Darcy, South, & Hawkes, 1990; Roberge et al., 2005; Salvador-Carulla, Seguí, Fernandez-Cano, & Canet, 1995). Les auteurs de ces études suggèrent également que cela favoriserait une meilleure allocation des ressources du système de santé. Ces différentes voies méritent d'être explorées attentivement en vue de réduire le fardeau économique associé aux problèmes d'anxiété.

RÉFÉRENCES

- Bowen, R. C., D'Arcy, C., South, M. N., & Hawkes, J. E. (1990). The effects of a nurse therapist conducted behavioral agoraphobia treatment program on medical utilization. *Journal of Anxiety Disorders, 4*, 341-349.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*. Albany, NY : University of Albany, Phobia and anxiety disorders clinic center for stress and anxiety disorders.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders : Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58.
- Demers, M. (1995). Frequent users of ambulatory health care in Quebec : The case of doctor-shoppers. *Canadian Medical Association Journal, 153*(1), 37-42.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (Novembre 1998). *Sociodemographic and clinical features of GAD patients*. Communication par affichage présentée à la 32^e édition de l'Annual Association for the Advancement of Behavior Therapy (AABT) Convention, Washington, DC.
- Dupont, R. L., Rice, D. P., Miller, L. S., Shiraki, S. S., Rowland, C. R., & Harwood, H. J. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety, 2*, 167-172.
- Ettigi, P., Meyerhoff, A. S., Chirban, J. T., Jacobs, R. J., & Wilson, R. R. (1997). The quality of life and employment in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 368-372.
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, R. E., Davidson, J. R. T., Ballenger, J. C., & Fyer, J. A. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(7), 427-434.
- Katon, W. J., VonKorff, M., & Lin, E. (1992). Panic disorder : Relationship to high medical utilization. *American Journal of Medicine, 92*(1A), 7S-11S.
- Kennedy, B. L., & Schwab, J.J. (1997) Utilization of medical specialists by anxiety disorder patients. *Psychosomatics, 38*(2), 109-112.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Shanyang, Z., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Ouellette, R., Johnson, J., & Greenwals, S. (1991). Panic attack/social morbidity and health care. *Journal of American Medical Association, 265*, 742-746.
- Koerner, N., Dugas, M. J., Marchand, A., Turcotte, J., Savard, P., & Gaudet, A. (Novembre 2002). *Health care utilization and work impairment in individuals with Generalized Anxiety Disorder*. Communication par affiche présentée à la 36^e édition de l'Annual Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT) Convention, Reno, NV.

Utilisation de services de santé associée aux troubles anxieux

- Koerner, N., Dugas, M. J., Savard, P., Gaudette, A., Turcotte, J., & Marchand, A. (2004). The economic burden of anxiety disorders in Canada. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 45(3), 191-201.
- Lefebvre, J., Lesage, A., Cyr, M., Toupin, J., & Fournier, L. (1998). Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(6), 291-298.
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(suppl. 27), 19-22.
- Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder in primary care from a cross-cultural perspective : A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 21-36.
- Massion, A. O., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 600-607.
- McCusker, J., Boulenger, J.-P., Boyer, R., Bellavance, F., & Miller, J.-M. (1997). Use of health services for anxiety disorder : A multisite study in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 730-736.
- Ministère de la Santé de l'Ontario (1994). *Ontario health survey 1990 : Mental health supplement*. Toronto, ON, Canada.
- Rees, C. S., Richards, J. C., & Smith, L. M. (1998). Medical utilisation and costs in panic disorder: A comparison with social phobia. *Journal of Anxiety Disorder*, 12(5), 421-435.
- Roberge, P., Marchand, A., Cloutier, K., & Reinhartz, D. (2000). *Entrevue sur les coûts de la santé*. Document inédit. Montréal, Québec : Hôpital Louis H. Lafontaine.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinhartz, D., Cloutier, K., Mainguy, N., Miller, J. M., Begin, J., & Turcotte, J. (2005). Healthcare utilization following cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(2), 79-88.
- Roberge, P., & Marchand, A. (2004). L'accessibilité à des traitements pour les troubles anxieux au Canada : un commentaire. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 45(3), 225-227.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, B. S., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., Katon, W. J., Craske, M. G., Bystritsky, A., & Sherbourne, C. D. (1999). Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 492-499.
- Salvador-Carulla, L., Seguí, J., Fernandez-Cano, P., & Canet, J. (1995). Costs and offset effect in panic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(suppl. 27), 23-28.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia : Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Siegel, L., Jones, W. C., & Wilson, J. O. (1990). Economic and life consequences experienced by a group of individuals with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 201-211.
- Simon, G., Ormel, J., Vonkorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 152, 352-357.
- Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22, 18-23.
- Stewart-Brown, S., & Farmer, A. (1997). Screening could seriously damage your health. *Behavior Modification Journal*, 314(7080), 533-534.
- Swinson, R. P., Cox, B. J., & Woszczyzna, C. B. (1992). Use of medical services and treatment for panic disorder with agoraphobia and for social phobia. *Canadian Medical Association Journal*, 147, 878-883.
- Vilandré, M. (2001). *Validation d'une entrevue semi-structurée mesurant les coûts de la santé liés aux troubles anxieux*. Document inédit, Thèse d'honneur. Université du Québec à Montréal, Canada.
- Weissman, M. M. (1991). Panic disorder : Impact on quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(suppl. 6-8), discussion 9.

RÉSUMÉ

Cette étude vise à évaluer la fréquence d'utilisation des services de santé ainsi que les coûts chez les gens souffrant du trouble anxieux. L'étude comprend 166 participants. La fréquence et les coûts des services de santé reçus sont colligés et calculés à l'aide de l'*Entrevue sur les coûts de la santé* (ECS). Les résultats indiquent que les sujets qui souffrent de ces troubles anxieux consultent plus souvent les médecins omnipraticiens et les spécialistes que la population générale et qu'ils entraînent des coûts plus élevés en ce qui a trait aux visites effectuées auprès de tous types de professionnels.

MOTS CLÉS

troubles anxieux, utilisation de services de santé, coûts

ABSTRACT

The present study aims to evaluate the frequency of health services utilization and its costs among individuals suffering from anxiety disorders. This study includes 166 participants. Frequency and costs of health services received were collected and calculated using the *Entrevue sur les coûts de la santé* (ECS). Results indicate that subjects suffering from anxiety disorders consult more often than the general population and that they entail higher costs pertaining to visits to all types of medical and paramedical professionals.

KEY WORDS

anxiety disorders, health services utilization, costs

HABILETÉS COGNITIVES ET TROUBLE DES CONDUITES PRÉCOCE CHEZ LES FILLES¹

COGNITIVE ABILITIES AND CONDUCT DISORDER IN ELEMENTARY SCHOOL GIRLS

Michèle Déry²
Université de Sherbrooke

Cathy Durette
CSSS de la Mitis

Jean Toupin
Université de Sherbrooke

INTRODUCTION

Le « trouble des conduites », tel que décrit dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, APA, 2000), est classé parmi les troubles de comportement perturbateurs. Il se caractérise par des conduites répétitives et persistantes d'agression physique, de destruction de biens matériels, de vols, de fraudes (ou mensonges) ou de violation des règles sociales. Nettement plus fréquent à l'adolescence qu'à l'enfance, ce trouble, lorsqu'il se manifeste chez les enfants, est associé à encore plus de conduites agressives et d'impulsivité et est à haut risque de persister jusqu'à l'âge adulte (APA, 2000).

Dans son influente théorie du développement des conduites antisociales, Moffitt (1993, 2003) relie l'apparition d'un trouble des conduites précoce à des déficits neuropsychologiques légers. Selon cette théorie, l'enfant subit en période pré-, péri- ou postnatale l'effet défavorable de facteurs de risque (mauvaise alimentation de la mère ou consommation de psychotropes durant la grossesse, petit poids de naissance, blessures à la tête, etc.) venant perturber son développement. Ces perturbations se manifestent très tôt dans l'enfance par des altérations du fonctionnement cognitif, de l'impulsivité et un tempérament difficile. Le modèle prévoit que ces comportements difficiles chez l'enfant, lorsqu'en interaction avec un environnement familial caractérisé aussi par des conditions difficiles, sont à haut risque de s'exacerber et de culminer en conduites antisociales sévères, à risque élevé de persister dans le temps.

1. Cette étude a bénéficié de l'appui financier du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada, du Fonds québécois pour la recherche sur la société et la culture et de l'Université de Sherbrooke. Les auteurs tiennent à remercier les parents, les enfants et les enseignants qui ont participé à la recherche et expriment leur gratitude aux intervenants psychosociaux pour leur collaboration remarquable.
2. Adresse de correspondance : Département de psychoéducation, Université de Sherbrooke, 2500, boulevard Université, Sherbrooke (QC), J1K 2R1. Téléphone : (819) 821-8000 poste 62929. Télécopieur : (819) 821-7235. Courriel : Michele.Dery@USherbrooke.ca

La présence de déficits neuropsychologiques légers est donc, selon cette théorie, une condition de base pour l'apparition précoce de ces conduites antisociales. Toujours selon Moffitt (1993, 2003), cette condition ne s'applique pas aux conduites antisociales apparaissant à l'adolescence, celles-ci relevant plutôt du développement normal. Bien que cette théorie ne fasse pas l'unanimité (Lahey & Waldman, 2003), plus de 150 études ont examiné la performance à des tests neuropsychologiques de jeunes manifestant des conduites antisociales et leurs résultats convergent pour démontrer l'existence d'un lien entre la présence de ces conduites et des performances plus faibles aux tests (voir les recensions de Lynam & Henry, 2001; de Morgan & Lilienfeld, 2000; de Séguin & Zelazo, 2005; de Teichner & Golden, 2000). Les mesures les plus sensibles à ce phénomène se rapportent le plus souvent aux habiletés verbales (lecture, expression, compréhension, etc.) mais, aussi aux fonctions exécutives. Des lacunes à ce plan entraînent des difficultés de programmation, de régulation ou de vérification des comportements orientés vers l'atteinte d'un but (Desmarais et al., 2004).

Toutefois, la majorité des études appuyant ce lien portent uniquement sur des garçons ou n'ont pas examiné les différences selon le sexe¹. Le peu d'intérêt pour la performance des filles peut sans doute s'expliquer par la très faible prévalence du trouble des conduites chez celles-ci pendant l'enfance, comme en témoignent des ratios de quatre garçons pour une fille (Offord, Boyle & Racine, 1992), ou même de dix garçons pour une fille (Moffitt & Caspi, 2006). Or, justement parce que cette prévalence varie selon le sexe, des chercheurs ont déjà fait l'hypothèse que les facteurs de risque associés aux conduites antisociales n'étaient pas nécessairement les mêmes chez les filles (Zahn-Waxler & Polanichka, 2004). Sur ce plan, des études montrent que les filles ont une maturation verbale plus précoce que les garçons, ce qui, selon Bennett, Farrington et Huesmann (2005) agirait comme facteur de protection contre les conduites antisociales. Ces acquisitions plus rapides découleraient de processus interactifs biologiques et sociaux faisant intervenir, entre autres, une meilleure communication entre les hémisphères cérébraux, moins d'altérations des fonctions exécutives et de meilleures habiletés verbales (Bennett et al., 2005). Il est dès lors possible de se demander si des déficits neuropsychologiques seraient associés à la manifestation des conduites antisociales autant chez les filles que chez les garçons.

1. L'utilisation du terme « sexe » plutôt que « genre » dans le texte ne présume pas nécessairement d'une origine plus biologique que sociale des différences observées (*Institute of Medicine*, 2001). Tout en reconnaissant la pertinence de ces distinctions, plusieurs auteurs soulignent que ces termes ne renvoient pas à des réalités aisément distinctes, les facteurs biologiques et sociaux interagissant dès la conception de l'enfant pour façonner les comportements qui caractérisent davantage les garçons ou les filles (Maccoby, 2004; Rutter, Caspi et Moffitt, 2003).

Les rares études ayant examiné la relation entre les conduites antisociales et la performance à des tests neuropsychologiques selon le sexe des enfants mènent à des résultats contradictoires. En fait, trois types de résultats ressortent de ces travaux. Tout d'abord, des études ne rapportent pas de différence pour une variété de tests mesurant des habiletés verbales ou des fonctions exécutives entre les filles et les garçons qui ont une conduite antisociale, leurs performances demeurant cependant plus faibles que celles de jeunes n'ayant pas de telles conduites (Aguilar, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2000; Déry, Toupin, Pauzé, Mercier, & Fortin, 1999; McHale, Obrzut, & Sabers, 2003; Raine, Yaralian, Reynolds, Venables, & Mednick, 2002; Santor, Ingram, & Kusumaker, 2003; Toupin, Déry, Pauzé, Mercier, & Fortin, 2000; Toupin, 2006; Van Goozen, Cohen-Kettenis, Snoek, Matthys, Swaab-Barneveld, & Van Engeland, 2004). Deux autres études réalisées uniquement auprès d'adolescentes vont dans le même sens et confirment le lien entre une moins bonne performance aux tests et la présence de conduites antisociales, aussi bien pour les tests mesurant des fonctions exécutives (Giancola, Mezzich, & Tarter, 1998) que des habiletés verbales (Giancola, & Mezzich, 2000). Cependant, ces deux études ne permettent pas de statuer sur les différences selon le sexe.

Les profils de performance rapportés par Moffitt et Caspi (2006) laissent entrevoir que les filles qui ont manifesté des conduites antisociales précoces ont de moins bonnes habiletés cognitives que les garçons. Cette plus faible performance semble surtout toucher les habiletés verbales, mais le nombre de filles dans cette étude est trop faible pour permettre une analyse statistique des différences. Enfin, à l'inverse, une autre étude (Brennan, Hall, Bor, Najman, & Williams, 2003) suggère que les conduites antisociales précoces des garçons sont associées à un indicateur de risque biologique (indicateur établi notamment à partir des résultats à des tests neuropsychologiques), mais non celles des filles.

Ces résultats contradictoires d'une étude à l'autre peuvent s'expliquer en partie par des limites sur le plan méthodologique. Tel que mentionné précédemment, certaines études ont des échantillons comportant très peu de filles — seulement cinq ou six — présentant des conduites antisociales précoces (Moffitt & Caspi, 2006; Toupin et al., 2000; Van Goozen et al., 2004), ce qui affecte la puissance statistique nécessaire à la détection de différences selon le sexe. Des études ont aussi été réalisées à l'adolescence, sans que l'âge d'apparition des conduites antisociales soit considéré (Clark, Prior, & Kinsella, 2000; Déry et al., 1999; Santor et al., 2003; Giancola et al., 1998; Giancola & Mezzich, 2000). Les conduites antisociales apparaissant à l'adolescence n'étant théoriquement pas associées à des déficits neuropsychologiques légers (Moffitt, 1993, 2003), il est possible que les plus faibles performances observées soient liées au

style de vie des jeunes antisociaux, notamment à la consommation de drogues et aux traumatismes résultant de bagarres (Moffitt, 1990). Enfin, le statut socio-économique ou la présence d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) n'ont pas toujours fait l'objet d'un contrôle méthodologique ou statistique dans les études (Brennan et al., 2003; Moffitt & Caspi, 2006; Van Goozen et al., 2004), bien que ces variables puissent influencer la performance aux tests neuropsychologiques (Moffitt, 1990). Le TDAH étant associé à des déficits neuropsychologiques (Barkley, 2005), il s'avère important à considérer puisque sa cooccurrence avec le trouble des conduites est fréquente (APA, 2000).

OBJECTIF

L'objectif de l'étude est de déterminer si, tout comme chez les garçons, la présence d'un trouble des conduites précoce chez les filles est associée à une moins bonne performance à des tests cognitifs relatifs aux habiletés verbales et aux fonctions exécutives. Ce faisant, l'étude tente de dépasser certaines limites méthodologiques en examinant la performance à l'âge scolaire primaire, en utilisant un nombre de filles suffisamment élevé pour détecter d'éventuelles différences sur le plan statistique et en tenant compte du statut socio-économique ainsi que de la présence d'un TDAH.

MÉTHODE

Sélection des participants

L'étude a été réalisée auprès de 243 enfants d'âge scolaire primaire répartis en deux groupes. L'un est composé de 78 garçons et 27 filles présentant un trouble des conduites précoce (groupe TC, âge moyen = 9,57 ans, $ÉT = 2,04$ ans). L'autre inclut 101 garçons et 37 filles qui ne présentent pas ce trouble (groupe non-TC, âge moyen = 10,08 ans, $ÉT = 1,72$ ans).

Ces deux groupes constituent un sous-échantillon recruté dans le cadre d'une recherche plus vaste portant sur les troubles comportementaux d'élèves qui bénéficient de services complémentaires à l'école pour ce type de difficulté (N=362). Les détails de la sélection de ces élèves sont présentés dans Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan (2004). Ces enfants proviennent de différentes commissions scolaires de l'Estrie et de la Montérégie. Ils sont proportionnellement comparables à la population ciblée — celle des élèves suivis au primaire pour des problèmes de comportement — en termes de provenance, d'âge, de ratio garçons-filles, de niveau scolaire et de placement scolaire.

Les critères pour inclure les enfants dans le groupe TC s'inspirent de la définition du trouble des conduites précoce donnée par l'APA (2000).

Les enfants devaient manifester au moins trois des symptômes possibles de ce trouble et : a) être âgés de moins de 10 ans ou b) être âgés de 10 ans ou plus, mais avoir manifesté au moins un symptôme de ce trouble avant l'âge de 10 ans ou avoir reçu des services spécialisés pour ce type de difficultés avant cet âge. Les enfants de moins de 10 ans ou de 10 ans ou plus retenus dans le groupe TC ne se différencient pas significativement pour le nombre moyen de symptômes de troubles des conduites [4,1 *versus* 4,5, $t(103) = -1,33$, *n.s.*].

Pour être inclus dans le groupe non-TC, les enfants devaient manifester moins de trois symptômes du trouble des conduites. Ils ne devaient pas, non plus, présenter un trouble de l'opposition avec provocation, puisque ce problème est reconnu comme l'un des précurseurs du trouble des conduites (APA, 2000).

La proportion de garçons et de filles dans les groupes TC et non-TC s'est avérée comparable [$\chi^2(1, 243) = 0,04$, *n.s.*]. Toutefois, des analyses de variance «groupe par sexe» ont révélé que le groupe TC était légèrement plus jeune que le groupe non-TC [9,57 ans *versus* 10,08 ans, $F(1,239) = 4,02$, $p < .05$] et qu'il présentait plus de symptômes de TDAH que le groupe non-TC [14,32 *versus* 10,93, $F(1,239) = 41,64$, $p < .001$]. De plus, le statut socio-économique des filles du groupe TC est significativement plus faible que celui des garçons du même groupe [5,91 *versus* 5,24, $F(1,239) = 4,23$, $p < .05$]. L'âge, le nombre de symptômes de TDAH et le statut socio-économique seront donc utilisés comme covariables dans l'analyse des résultats aux tests neuropsychologiques afin de neutraliser leur éventuel effet sur la performance des enfants aux tests cognitifs.

Instruments de mesure

Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised - DISC 2.25

Le DISC 2.25 (Shaffer et al., 1993), version française de Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume et St-Georges (1998), est un questionnaire diagnostique hautement structuré, construit d'après les critères du DSM-III-R (APA, 1987) pour évaluer les troubles de la santé mentale les plus fréquemment rencontrés chez l'enfant. Il a été utilisé par un interviewer auprès d'un des parents de chaque enfant et auprès de leur enseignante pour détecter les symptômes de trouble des conduites, de TDAH et de trouble de l'opposition avec provocation manifestés par l'enfant à la maison ou en classe au cours des six derniers mois. Le questionnaire a été légèrement modifié pour qu'il englobe les critères plus récents du DSM-IV-TR (APA, 2000). Les valeurs du *Kappa* calculées pour vérifier la correspondance des réponses lorsque les versions DSM-III-R ou DSM-IV du questionnaire diagnostique sont utilisées se sont avérées bonnes tant

pour l'enseignante que pour le parent : elle sont respectivement de 0,90 et 0,65 pour le trouble des conduites, de 0,87 et 0,88 pour le trouble oppositionnel et de 0,67 et 0,73 pour le TDAH (Déry et al., 2004). Conformément aux procédures recommandées par différents auteurs (Mitsis, McKay, Schulz, Newcorn, & Halperin, 2000), la présence d'un trouble a été reconnue dans l'étude lorsque l'ensemble des symptômes requis pour le diagnostic était rapporté par le parent ou par l'enseignante.

Tests reliés aux fonctions exécutives

Les tests retenus dans l'étude pour évaluer les habiletés exécutives (*Figure complexe de Rey-Osterrieth*, *Stroop Color and Word Test*, *Trail Making Test* – formes A et B, *Wisconsin Card Sorting Test*) sont largement utilisés en recherche et dans la pratique clinique (Lezak, Howieson, & Loring, 2004). Ils permettent d'appréhender un ensemble d'habiletés reliées aux fonctions exécutives, incluant l'attention, la conceptualisation, la planification, la mémoire de travail, la flexibilité cognitive et l'inhibition des comportements inappropriés (Lezak et al., 2004).

L'épreuve de la *Figure complexe de Rey-Osterrieth* (Osterrieth, 1944) comporte deux parties. Dans la première, l'enfant doit d'abord copier une figure géométrique complexe. Dans la seconde, il doit la reproduire de mémoire. Le test évalue un ensemble de fonctions exécutives, dont la planification visuoconstructive et la mémoire de travail (Desmarais et al., 2004). La performance est évaluée en fonction de la qualité des éléments de la figure correctement copiés (score pour la copie) et redessinés de mémoire (score pour la copie de mémoire). L'addition de ces scores constitue la variable dépendante. Des études ont montré que la Figure complexe permettait de discriminer les jeunes qui ont un trouble de conduites de ceux qui n'ont pas ce trouble (Aronowitz et al., 1994; Toupin et al., 2000).

Le *Stroop Color and Word Test* (Golden, 1978) comporte trois tâches à réaliser durant 45 secondes chacune. La première est de lire à voix haute et le plus rapidement possible une liste de noms de couleurs (rouge, bleu ou vert) imprimés en noir. La deuxième consiste à nommer la couleur d'impression des séries de « X ». Dans la troisième, l'enfant doit nommer la couleur dans laquelle des noms de couleur sont imprimés (par exemple, le mot « rouge » imprimé en bleu). Cette dernière tâche exigeant des habiletés d'inhibition de la réponse, le nombre de bonnes réponses données à cette tâche constitue l'indice de performance. La recension des écrits effectuée par Sergeant, Geurts et Oosterlaan (2002) montre que les enfants qui ont un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel se distinguent des enfants d'un groupe comparatif quant à leur performance au test de *Stroop*.

Le *Trail Making Test* – formes A et B — est classé parmi les épreuves de flexibilité cognitive (Lezak et al., 2004). La forme A exige de relier le plus rapidement possible en ordre croissant les chiffres de 1 à 25 présentés en désordre sur une feuille. La forme B demande de relier des chiffres et des lettres en ordre croissant, en alternance (1-A-2-B, etc.). Le temps pris pour effectuer la forme B est retenu dans l'étude, cette forme mesurant la capacité à changer son patron d'exécution. Le *Trail Making Test* permet de distinguer les résultats des jeunes ayant un trouble des conduites de ceux qui n'ont pas ce trouble (Aronowitz et al., 1994).

Le *Wisconsin Card Sorting Test* – WCST (Heaton, 1981) est une tâche de classification. L'enfant doit classer des cartes que lui donne successivement l'examineur selon quatre cartes clés, mais il doit déduire le critère de classification à partir d'indices fournis par l'expérimentateur. Ce test mesure la formation des concepts, la persévération dans les réponses inappropriées et la flexibilité cognitive. Le nombre de bonnes réponses et le nombre de réponses persévératives sont les variables dépendantes retenues dans l'étude. Cette épreuve permet de distinguer des jeunes ayant un trouble des conduites de ceux ne présentant pas ce trouble dans trois études recensées par Sergeant et collaborateurs (2002).

Mesure des habiletés cognitives verbales

L'*Échelle de vocabulaire en images Peabody* (EVIP; Dunn, Thériault-Whalen, & Dunn, 1993) est une tâche de vocabulaire réceptif dans laquelle l'enfant doit choisir parmi des choix d'images celles qui illustrent le mieux les mots dits par l'expérimentateur. Validée au Canada français, l'EVIP permet le calcul d'un score standardisé qui entretient de bonnes corrélations avec les mesures de QI verbal des échelles de Wechsler et le QI de l'échelle Stanford-Binet (Dunn et al., 1993). Ce score donne, ainsi, un bon aperçu des habiletés cognitives verbales, et c'est la raison pour laquelle il a été retenu dans l'étude.

Indice de statut socio-économique

Les informations sur le statut socioéconomique ont été recueillies auprès du parent à l'aide d'un questionnaire mis au point pour l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, 1992). Elles concernent le revenu familial, la scolarité et le statut d'emploi des parents et sont utilisées pour calculer un indice de statut socio-économique en 8 points (Toupin, 1993).

Déroulement

Tous les enfants et un de leurs parents ont été rencontrés séparément à domicile par des interviewers spécifiquement formés à la passation du questionnaire diagnostique et des tests cognitifs. Les enseignantes ont

répondu au questionnaire diagnostique sur les troubles comportementaux des enfants par téléphone. Préalablement à la passation des tests, les parents ont signé un formulaire de consentement les informant des objectifs de l'étude, des risques et bienfaits reliés à leur participation et des moyens pris pour conserver le caractère confidentiel des données. Les parents donnaient aussi leur consentement pour que le personnel de la recherche contacte l'enseignante de leur enfant. À la fin de la rencontre, chaque participant (parent, enfant, enseignante) recevait une compensation monétaire pour le temps accordé à l'étude.

RÉSULTATS

Les corrélations entre les scores obtenus aux différents tests cognitifs ont été préalablement examinées. Le Tableau 1 permet d'observer que les cinq mesures se rapportant aux fonctions exécutives sont significativement corrélées entre elles et que la force des corrélations entre ces mesures est modérée, allant de $r = -.28$ à $.56$. Le Tableau 1 montre aussi des corrélations significatives entre la mesure des habiletés verbales (EVIP) et quatre mesures se rapportant aux fonctions exécutives. Bien que ces corrélations soient modestes ($r \leq .17$), elles n'en suggèrent pas moins que les mesures des habiletés verbales et exécutives ne sont pas totalement indépendantes.

Pour tenir compte des interrelations entre ces différentes mesures, un modèle d'analyse de covariance multivariée (MANCOVA) a été choisi afin de déterminer s'il existe des différences pour ces six mesures entre les garçons et les filles présentant ou non un trouble des conduites. Tel que mentionné dans la section sur la méthode, trois covariables ont été insérées dans le modèle d'analyse, soit l'âge des enfants, le nombre de symptômes de TDAH et le statut socio-économique, afin de tenir compte des différences entre les groupes pour ces variables. Les facteurs considérés dans le modèle sont l'appartenance au groupe (TC ou non-TC) et le sexe.

Les résultats de la MANCOVA montrent, tout d'abord, que seule la covariable âge a un effet significatif sur la performance aux tests cognitifs [*Pillais's Trace* = 0,45; $F(6,231) = 72,19$, $p < .001$]. Au-delà de cet effet, l'analyse indique que l'appartenance au groupe est une source de variation multivariée de la performance neuropsychologique [*Pillais's Trace* = 0,06; $F(6,231) = 2,31$, $p < .05$]. La variable sexe est aussi une source de variation multivariée de la performance [*Pillais's Trace* = 0,07; $F(6,231) = 2,82$, $p < .05$]. L'analyse révèle enfin qu'il n'y a pas d'effet d'interaction de l'appartenance au groupe et du sexe, [*Pillais's*

Tableau 1
Corrélations entre les scores obtenus aux différents tests cognitifs

Tests	1.	2.	3.	4.	5.
1. Figure complexe	—				
2. Stroop (nb couleurs-mots)	.43***	—			
3. Trail B (temps en secondes)	-.56***	-.52***	—		
4. WCST–Bonnes réponses	.44***	.38***	-.41***	—	
5. WCST–Rép. persévératives	-.28***	-.35***	.30***	-.59***	—
6. EVIP	.17**	.14*	-.08	.16*	-.17**

Note. Stroop = *Stroop color and word test*; Trail = *Trail making test*; WCST = *Wisconsin card sorting test*; EVIP = *Échelle de vocabulaire en images Peabody*.
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

$Trace = 0,02$; $F(6,231) = 0,70$; *n.s.*], indiquant entre autres que la différence de performance liée au sexe est sensiblement la même à l'intérieur de chaque groupe.

Le Tableau 2 résume les scores moyens obtenus aux différents tests neuropsychologiques par les garçons et les filles de chaque groupe, ces scores moyens ayant été ajustés en fonction des covariables. En ce qui a trait à l'effet significatif de l'appartenance au groupe, le Tableau 2 illustre que les enfants du groupe TC tendent à avoir de moins bons scores aux tests que ceux du groupe non-TC. Toutefois, les analyses de variance unidimensionnelle *post hoc* effectuées pour avoir une idée plus fine des tests qui contribuent à cet effet de groupe indiquent qu'il n'est pas attribuable à un test en particulier; il s'agirait donc davantage d'une tendance à moins bien réussir la plupart des tests proposés que de difficultés spécifiques pour certaines mesures. En ce qui concerne l'effet statistique du sexe, les analyses *post hoc* révèlent que les filles, peu importe leur groupe d'appartenance, obtiennent de moins bons résultats que les garçons, et ce, plus spécifiquement à l'EVIP et au test de Stroop où ces différences sont statistiquement significatives au seuil de .05.

DISCUSSION

Cette étude voulait déterminer si la présence d'un trouble des conduites précoce, tel que défini dans le DSM-IV-TR (APA, 2000), était associée à des résultats plus faibles à différents tests neuropsychologiques tant chez les garçons que chez les filles. Tout

Habilités cognitives et trouble des conduites précoce chez les filles

Tableau 2
Scores moyens ajustés^a (erreurs types) des groupes avec ou sans trouble des conduites aux tests cognitifs

Tests		Avec TC			Sans TC		
		Garçons (n=78)	Filles (n=27)	Tous	Garçons (n=101)	Filles (n=37)	Tous
Figure complexe (copie+mémoire)	<i>M</i>	34,56	34,24	34,40	36,75	37,51	37,13
	<i>ER-T</i>	1,39	2,0	1,36	1,19	1,97	1,18
Stroop (nb couleurs-mots)	<i>M</i>	22,40	18,53	20,46	23,73	21,18	22,45
	<i>ER-T</i>	0,91	1,50	0,89	0,77	1,28	0,77
Trail B (temps en secondes)	<i>M</i>	173,62	163,53	168,57	164,58	154,67	159,62
	<i>ER-T</i>	8,92	14,72	8,73	7,64	12,63	7,53
WCST–Bonnes réponses	<i>M</i>	82,00	78,59	80,39	81,99	84,05	83,02
	<i>ER-T</i>	2,32	3,82	2,27	1,98	3,28	1,95
WCST–Réponses persévératives	<i>M</i>	20,82	22,29	21,55	21,91	26,31	24,11
	<i>ER-T</i>	1,63	2,83	1,59	1,39	2,31	1,34
EVIP	<i>M</i>	109,33	105,48	107,41	107,69	102,95	105,32
	<i>ER-T</i>	1,46	2,41	1,43	1,25	2,07	1,23

Note. TC = Trouble des conduits, Stroop = *Stroop color and word test*, Trail = *Trail making test*, WCST = *Wisconsin card sorting test*, EVIP = *Échelle de vocabulaire en images Peabody*.

^a Les scores moyens ont été ajustés en fonction de l'âge, du nombre de symptômes de TDAH et du statut socio-économique.

d'abord, cette étude s'inscrit à la suite de nombreuses autres recherches relevant un lien entre la présence de problèmes de nature antisociale chez les enfants et des résultats plus faibles à des tests mesurant des habiletés verbales ou exécutives (Lynam & Henry, 2001; Morgan & Lilienfeld, 2000; Séguin & Zelazo, 2005; Teichner & Golden, 2000). En effet, l'étude montre que les enfants qui ont un trouble des conduites précoce, garçons et filles confondus, ont dans l'ensemble une moins bonne performance aux tests que les enfants qui ne répondent pas aux critères diagnostiques de ce trouble. Cette moins bonne performance s'observe au-delà des différences intergroupes imputables à l'âge chronologique des enfants, au nombre de symptômes de TDAH ou à leur statut socio-économique, des variables qui n'ont pas toujours été contrôlées dans d'autres recherches (Brennan et al., 2003; Moffitt & Caspi, 2006; Van Goozen et al., 2004).

Qui plus est, l'étude indique que les filles, tous groupes confondus, obtiennent une moins bonne performance que les garçons, et ce, particulièrement aux tests ayant une forte composante verbale, soit l'EVIP et le test de Stroop, un test parfois utilisé comme mesure de fluidité en lecture (Lezak et al., 2004). Combinée à la performance déjà plus faible

des enfants qui ont un trouble des conduites précoce, cette différence selon le sexe contribue à démontrer que ce trouble chez les filles est associé à une moins bonne performance à des tests d'habiletés verbales et exécutives. En outre, l'étude supporte l'idée que les difficultés de ces filles sont plus prononcées sur le plan verbal que celles des garçons.

De tels résultats ressemblent aux profils de performance rapportés par Moffitt et Caspi (2006) illustrant que les filles qui ont des conduites antisociales précoces peuvent présenter de moins bonnes habiletés verbales que leurs pairs masculins. Ces moins bonnes habiletés apparaissent d'autant plus surprenantes que les filles sont habituellement reconnues pour avoir une maturation verbale plus rapide que celle des garçons, ce qui agirait pour elles comme facteur de protection contre les conduites antisociales (Bennett *et al.*, 2005). Les résultats de la présente étude pourrait suggérer que de moins bonnes habiletés verbales constituent un facteur de risque plus spécifique à l'apparition d'un trouble des conduites précoce chez les filles.

Cependant, l'étude ne met pas en évidence d'effet d'interaction du groupe et du sexe. Elle suggère plutôt que dans les groupes TC et non-TC, les filles ont des scores verbaux plus faibles que ceux des garçons. Si ce résultat ne change rien à l'écart significatif de performance entre les groupes, le fait que cette différence selon le sexe s'observe aussi dans le groupe non-TC est inattendu. Une explication de ce phénomène serait que ce groupe de comparaison n'est pas exempt de difficultés comportementales. En effet, bien que les difficultés qu'il présente soient insuffisantes pour répondre aux critères d'un trouble des conduites, ou même d'un trouble oppositionnel (reconnu pour être moins sévère que le trouble des conduites), les enfants du groupe non-TC étaient quand même suivis à l'école primaire pour des difficultés comportementales. Il est donc possible que les scores de ce groupe, bien que significativement plus élevés que ceux du groupe TC, demeurent inférieurs à ceux qu'aurait obtenus un groupe témoin issu de la population générale¹. Le recours à un tel groupe dans l'étude n'aurait pas changé la conclusion d'une moins bonne performance des filles et des garçons du groupe TC. Toutefois, il aurait peut-être révélé une interaction du groupe et du sexe montrant que des scores plus faibles aux tests verbaux sont plus spécifiques aux filles du groupe TC. Ce faisant, les différences selon le sexe dans les groupes TC et non-TC pourraient suggérer que chez les filles, le simple fait de présenter des difficultés comportementales est associé à de moins bonnes

1. Des études réalisées auprès d'enfants « tout-venant » ayant sensiblement le même âge que ceux examinés ici montrent, sur ce plan, que les scores moyens obtenus au test de Stroop (Toupin *et al.*, 2000) ou à l'EVIP (Déry, Toupin, Pauzé et Verlaan, 2008) pourraient être d'au moins un demi-écart type plus élevé que ceux obtenus dans le groupe non-TC.

habiletés verbales. L'étude montre néanmoins que les difficultés cognitives sont plus accentuées en présence du trouble des conduites.

Dans l'ensemble, donc, l'étude soutient l'hypothèse que des déficits neuropsychologiques légers peuvent être associés à la présence d'un trouble des conduites précoce chez les filles tout comme chez les garçons. Les résultats supportent l'idée que les programmes d'intervention auprès de ces enfants devraient inclure un volet visant le développement des habiletés cognitives. Les filles, en particulier, pourraient bénéficier d'interventions visant le développement des habiletés verbales.

Les liens entre les déficits cognitifs et la présence précoce de conduites antisociales chez les filles n'ont fait l'objet que de très peu de recherches. D'autres études devraient être entreprises pour appuyer ces liens et confirmer l'applicabilité de la théorie de Moffitt (1993; 2003) aux filles. Les recherches futures devraient inclure un groupe témoin issu de la population générale. Elles devraient aussi, idéalement, compter un nombre plus élevé de filles. En effet, bien qu'il dépasse de beaucoup celui d'autres études, le nombre de filles évaluées ici donnait une puissance statistique permettant de détecter une taille d'effet moyenne entre les groupes (η^2 partiel = .06) (Cohen, 1988). Un échantillon plus important serait nécessaire pour détecter éventuellement des différences plus fines. Enfin, les futures recherches devraient inclure un plus large éventail de mesures d'habiletés verbales afin d'obtenir une vision plus précise des difficultés qui peuvent être éprouvées à ce plan.

RÉFÉRENCES

- Aguilar, B., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset and adolescence-onset antisocial behavior types : from birth to 16 years. *Development and Psychopathology, 12*, 109-132.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e édition révisée). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e édition, texte révisé). Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Aronowitz, B., Liebowitz, M., Hollander, E., Fazzini, E., Durlach-Misteli, C., Frenkel, M. et al. (1994). Neuropsychiatric and neuropsychological findings in conduct disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Neuropsychiatry, 6*, 245-249.
- Barkley, R. A. (2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder : A handbook of diagnosis and treatment* (3^e édition). New York: Guilford.
- Bennett, S., Farrington, D. P., & Huesmann, L. R. (2005). Explaining gender differences in crime and violence : the importance of social cognitive skills. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 263-288.
- Brennan, P. A., Hall, J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. (2003). Integrating biological and social processes in relation to early-onset persistent aggression in boys and girls. *Developmental Psychology, 39*, 309-323.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (1998). The diagnostic interview schedule for children (DISC 2.25) in Quebec. Reliability findings in the light of the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1167-1174.

- Centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (1992). *Questionnaire pour les parents*. Montréal : CRHRDP.
- Clark, C., Prior, M., & Kinsella, G. J. (2000). Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the Six elements test and Hayling sentence completion test. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 403-414.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2^e édition). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R., Mercier, H., & Fortin, L. (1999). Neuropsychological characteristics of adolescents with conduct disorder: Association with attention-deficit-hyperactivity and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 225-236.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R., & Verlaan, P. (2004). Frequency of mental health disorders in a sample of elementary school students receiving special educational services for behavioural difficulties. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 175-181.
- Déry, M., Toupin, J., Pauzé, R., & Verlaan, P. (2008). Difficultés de comportement, adaptation scolaire et parcours dans les services. Rapport final. Programme de recherche sur la persévérance et la réussite scolaires, Actions concertées du FQRSC en partenariat avec le MELs. Sherbrooke : GRISE, Université de Sherbrooke. Document en ligne le 2 mars 2009 : <<http://www.grise.ca/recherches/realisees.php?id=83>>.
- Desmarais, G., Kaplan, E., Roussy, E., Dagenais, C., Lortie, C., Lepage, J. et al. (2004). Évaluation neuropsychologique pédiatrique et neurotraumatologie. In P. Nolin & J.-P. Laurent (Éds), *Neuropsychologie. Cognition et développement de l'enfant* (p. 9-82). Sainte-Foy : Presses de l'Université de Québec.
- Dunn, L. M., Thériault-Whalen, C. M., & Dunn, L. M. (1993). *Échelle de vocabulaire en images Peabody*. Toronto : Psycan.
- Giancola, P. R., Mezzich, A. C., & Tarter, R. E. (1998). Executive cognitive functioning, tempérament, and antisocial behavior in conduct-disordered adolescents females. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 629-641.
- Giancola, P. R., & Mezzich, A. C. (2000). Executive cognitive functioning mediates the relation between language competence and antisocial behavior in conduct-disordered adolescents females. *Aggressive Behavior*, 26, 359-375.
- Golden, C. J. (1978). *The Stroop color and word test : A manual for clinical and experimental uses*. Chicago : Stoelting.
- Heaton, R. K. (1981). *Wisconsin card sorting test (WCST)*. Odessa (FL) : Psychological Assessment Resources.
- Institute of Medicine (2001). *Exploring the biological contributions to human health : Does sex matter?* Washington, DC : National Academy Press.
- Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2003). A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt, & A. Caspi (Éds), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 76-117). New York: Guilford.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4^e éd.). New York: Oxford University Press.
- Lynam, D. R., & Henry, B. (2001). The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In J. Hills & B. Maughan (Éds), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (p. 235-263). New York : Cambridge University Press.
- Maccoby, E. E. (2004). Aggression in the context of gender development. In M. Putallaz & K. L. Bierman (Éds), *Aggression, antisocial behavior and violence among girls: A developmental perspective* (p. 3-22). New York: Guilford Press.
- McHale, B. G., Obrzut, J. E., & Sabers, D. E. (2003). Relationship of cognitive functioning and aggressive behavior with emotionally disabled and specific learning disabled students. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 15, 123-140.
- Mitsis, E. M., McKay, K. E., Schulz, K. P., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2000). Parent-teacher concordance for DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a clinic-referred sample. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 308-313.

Habilités cognitives et trouble des conduites précoce chez les filles

- Moffitt, T. E. (1990). The neuropsychology of juvenile delinquency : A critical review of research and theory. In N. Morris & M. Tony (Éds), *Crime and justice: An annual review of research* (p. 99-109). Chicago: University of Chicago Press.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, *100*, 674-701.
- Moffitt, T. E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10 years research review and a research agenda. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt, & A. Caspi (Éds), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (p. 49-75). New York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2006). Facteurs de risque associés aux trajectoires développementales des conduites antisociales chez les garçons et les filles. In P. Verlaan & M. Déry (Éds), *Les conduites antisociales chez les filles : comprendre pour mieux agir* (p. 79-119). Sainte-Foy : Les presses de l'Université du Québec.
- Morgan, A. B., & Lilienfeld, S. O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review*, *20*, 113-136.
- Offord, D. R., Boyle, M., & Racine, Y. (1992). The epidemiology of antisocial behavior in childhood and adolescence. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Éds), *The development and treatment of childhood aggression* (p. 31-54). Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Osterrieth, P.-A. (1944). Le test de copie d'une figure complexe. *Archives de psychologie*, *30*, 205-353.
- Raine, A., Yaralian, P. S., Reynolds, C., Venables, P. H., & Mednick, S. A. (2002). Spatial but not verbal cognitive deficits at age 3 years in persistently antisocial individuals. *Development and Psychopathology*, *14*, 25-44.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: Unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *44*, 1092-1115.
- Santor, D. A., Ingram, A., & Kusumaker, V. (2003). Influence of executive functioning difficulties on verbal aggression in adolescents : moderating effects of winning and losing and increasing and decreasing levels of provocation. *Aggressive Behavior*, *29*, 475-488.
- Séguin, J. R., & Zelazo, P. D. (2005). Executive function in early physical aggression. In R. E. Tremblay, W. W. Hartup, & J. Archer (Éds), *Developmental origins of aggression* (p. 307-329). New York: Guilford.
- Sergeant, J. A., Geurts, H., & Oosterlaan, J. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for attention-deficit/hyperactivity disorder? *Behavioural Brain Research*, *130*, 3-28.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M. et al. (1993). The diagnostic interview for children-revised version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *32*, 643-650.
- Teichner, G., & Golden, C. J. (2000). The relationship of neuropsychological impairment to conduct disorder in adolescence : A conceptual review. *Aggression and Violent Behavior*, *5*, 509-528.
- Toupin, J. (1993). *Indice de statut socio-économique*. Sherbrooke : GRISE, Université de Sherbrooke.
- Toupin, J., Déry, M., Pauzé, R., Mercier, H., & Fortin, L. (2000). Cognitive and familial contributions to conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *41*, 333-344.
- Toupin, J. (2006). Caractéristiques et facteurs associés au trouble des conduites des adolescentes. In P. Verlaan & M. Déry (Éds), *Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux agir* (p. 149-175). Québec : Presse de l'Université du Québec.
- Van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., Snoek, H., Matthys, W., Swaab-Barneveld, H., & Van Engeland, H. (2004). Executive functioning in children : a comparison of hospitalized ODD and ODD/ADHD children and normal controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*, 284-292.

Zahn-Waxler, C., & Polanichka, N. (2004). All things interpersonal : Socialization and female aggression. In M. Putallaz & K. L. Bierman (Éds), *Aggression, antisocial behavior and violence among girls : A developmental perspective* (p. 48-68). New York: Guilford.

RÉSUMÉ

L'hypothèse reliant le trouble des conduites précoce à de moins bonnes habiletés cognitives a surtout été examinée chez les garçons. Les facteurs de risque n'étant pas nécessairement les mêmes chez les filles, l'étude vise à déterminer si cette association s'observe aussi chez celles-ci. Deux cent quarante trois enfants avec ou sans trouble des conduites précoce suivis pour difficultés comportementales à l'école ont passé des tests mesurant des fonctions verbales et exécutives. Tout comme les garçons, les filles qui ont ce trouble réalisent globalement une moins bonne performance aux tests que les autres enfants, leurs difficultés pouvant même être plus prononcées aux tests verbaux.

MOTS CLÉS

trouble de conduites, cognition, habiletés verbales, fonctions exécutives, différences liées au sexe, enfants d'âge scolaire

ABSTRACT

The hypothesis stating that cognitive deficits are among the causes of conduct disorder (CD) rests mostly on studies restricted to boys. The purpose of this study was to determine whether cognitive deficits are also related to CD in girls. 243 children with or without CD receiving special education services at school for behaviour problems were given tests measuring executive functions and verbal abilities. Like boys with CD, conduct-disordered girls had lower test results than the other children. Some girls even had greater difficulties than boys with verbal tests.

KEY WORDS

conduct disorder, cognition, verbal abilities, executive functions, sex differences, school age children

ÉTUDES SUR LA PRIÈRE POUR AUTRUI : CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES, ÉPISTÉMOLOGIQUES ET ÉTHIQUES¹

INTERCESSORY PRAYER STUDIES : A METHODOLOGICAL, EPISTEMOLOGICAL,
AND ETHICAL CRITIQUE

Serge Larivée²
Université de Montréal

Geneviève Turcotte
Université de Montréal

En 1872, la *Contemporary Review* de Londres publie un article intitulé *The prayer for the sick : Hints toward a serious attempt to estimate its value*. Son auteur, qui a préféré garder l'anonymat, propose d'évaluer les effets de la prière sur la santé; il suggère de cibler deux hôpitaux dont les patients souffrent d'une maladie au taux de mortalité connu; l'un des hôpitaux servirait alors de groupe expérimental et l'autre, de groupe contrôle. Trois à cinq ans plus tard, la comparaison du nombre de décès dans les deux hôpitaux aurait constitué l'indice d'efficacité de la prière. Cette proposition mettait en quelque sorte la prière sur le même pied que n'importe quel traitement : l'évaluation des effets de la prière pouvait être soumise aux critères de la science. Pour l'auteur de la proposition, ceux qui croyaient ne pas perdre leur temps en priant Dieu auraient ainsi l'occasion de démontrer aux incroyants le pouvoir réel de la prière. Les théologiens de l'époque ne voyaient pas les choses de la même façon et un long débat entre les tenants de la science et ceux de la religion s'en est suivi. Les religieux accusèrent d'entrée de jeu l'auteur de la proposition de faire le jeu du diable et de regarder la spiritualité à travers le prisme de la science. À leurs yeux, la longévité du christianisme et la persistance de la pratique de la prière sont des « faits » qu'on ne peut pas ignorer. Qui plus est, l'idée même d'un groupe contrôle jette du discrédit sur la proposition : ne pas prier pour des personnes malades est à leurs yeux tout à fait immoral. Enfin, il est impensable de vouloir mesurer la sagesse de Dieu en lui imposant une ligne de conduite. Au total, les théologiens de l'époque conclurent que les croyances religieuses ne pouvaient être soumises à un examen scientifique ou vérifiées sur la base d'expériences contrôlées. De toute façon, la croyance se passe de faits, même si l'efficacité de la prière est, pour les croyants, un fait (Brush, 1975; Hammer, 2005; Turner, 1974).

C'est dans le cadre de ce débat que Galton (1872) publia ce qu'on tient pour la première recherche empirique sur l'efficacité de la prière. En fait, ce fut l'occasion pour Galton de publier des statistiques cumulées

- 1 Nous remercions D. Baril, M. D. Beaulieu, C. Braün, I. Écuyer-Dab, F. Filiatrault, H. Genge, A. Quiviger et J.-P. Roux dont les commentaires judicieux ont permis d'améliorer sensiblement le texte.
- 2 Adresse de correspondance : École de psychoéducation, Université de Montréal, C.P. 6128, Succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3J7. Téléphone : (514) 343-6111 poste 2522. Télécopieur : (514) 343-6951. Courriel : serge.larivee@montreal.ca

depuis plusieurs années. Il émettait alors l'hypothèse que pour des personnes exposées aux mêmes risques de maladies, celles pour lesquelles on priait devaient vivre plus longtemps que les autres. Or, contrairement à son hypothèse, les personnes pour lesquelles on priait le plus, soit la monarchie — les offices de l'Église anglicane incluent systématiquement des prières pour la santé des membres de la famille royale —, vivaient moins longtemps comparativement aux autres. Citant une étude de Guy, Galton constate que la longévité moyenne des souverains était de 64,04 ans, celle des membres de l'aristocratie de 67,31 ans et celle de la bourgeoisie de 70,22 ans. D'autre part, les membres du clergé (69,49), une catégorie de citoyens pour lesquels la prière constitue une activité quotidienne importante, ne vivaient pas significativement plus longtemps que les avocats (68,14) ou les médecins (67,31).

Quelque 135 ans plus tard, il semble bien que beaucoup d'individus aient recours encore à la prière en vue de prévenir d'éventuels problèmes ou de résoudre un problème de santé. Des dix thérapies « alternatives » les plus utilisées aux États-Unis, la prière pour soi et la prière pour autrui arrivent en tête de liste (Masters, Spielmans, & Goodson, 2006). Un sondage du réseau de télévision CNN, effectué en 1996, montre que 82 % des Américains croient que la prière pour soi peut guérir des maladies. De plus, 73 % des Américains croient que la prière pour autrui aide à la guérison et 64 % souhaitent que leurs médecins prient avec eux (Ameling, 2000). L'étude d'O'Connor, Pronk, Tan et Whitebird (2005) sur les thérapies alternatives montre que 47,2 % des sujets prient pour leur propre santé et que 90,3 % d'entre eux croient que la prière contribue à leur guérison.

Dans les études, la prière a deux dimensions : la prière pour soi et la prière pour autrui. La prière pour soi est une activité spirituelle qui demande à Dieu d'aider à mieux vivre, alors que la prière pour autrui consiste à demander des faveurs à Dieu pour quelqu'un d'autre. Dans le cadre de ce texte, nous nous intéressons à la prière pour autrui. Nous exposons les données empiriques disponibles. Nous présentons la méta-analyse de Master, Spielmans et Goodson (2006) concernant les effets de la prière pour autrui sur la santé ainsi que cinq autres études qui ne font pas partie de cette méta-analyse (Benson et al., 2006; Conti, Matthews, & Sireci, 2003; Harkness, Abbot, & Ernst, 2000; Leibovici, 2001; Sicher, Targ, Moore, & Smith, 1998). Nous soulèverons ensuite un ensemble de critiques méthodologiques et épistémologiques. Dans la discussion, nous évoquons enfin des considérations éthiques et les relations, toujours difficiles, entre science et religion.

RECENSION DES RECHERCHES

Pour avoir accès aux études pertinentes, nous avons consulté les bases de données PsycINFO, Medline et Current Contents à l'aide des mots clés : *intercessory prayer*, *distant prayer* et *distant healing*. Nous avons pu ainsi répertorier 208 écrits scientifiques sur la prière pour autrui publiés de 1988 à 2008 (voir Figure 1). L'étude qui suivit celle de Galton, n'est parue qu'en 1979; il faut attendre 1988 pour d'autres publications sur le sujet. De 1988 à 1998, 12 publications ont été recensées. Les études sur le sujet ont ensuite connu un essor considérable. Le pic a été atteint en 2001-2002, années au cours desquelles 77 études ont été publiées, pour redescendre à 39 en 2003-2004, puis à 28 en 2005-2006 et à 30 en 2007-2008.

Nous avons par la suite retenu uniquement les études qui répondaient aux deux critères suivants : a) des prières faites à l'occasion d'un problème de santé physique ou psychologique et b) la présence d'un groupe de « prière » et d'un groupe contrôle. Cette stratégie a permis d'identifier 26 études, dont 14 font partie de la méta-analyse de Master et al. (2006) sur les effets de la prière pour autrui (voir les études avec un astérisque dans la liste des références). Les résultats des différentes variables dépendantes de chaque étude ont été conjugués afin de déterminer la taille de l'effet.

Pour les 14 études incluses dans la méta-analyse et comprenant 3 965 sujets, la taille de l'effet n'est pas significative ($g = .100$). Qui plus est, lorsque l'étude controversée de Cha, Writh et Lobo (2001) est retirée — nous y reviendrons plus loin — la taille de l'effet devient nulle ($g = .012$), confirmant ainsi l'absence totale d'effet de la prière pour autrui. Aucune variable modératrice (les caractéristiques des participants, la répartition des participants entre le groupe contrôle et le groupe expérimental, la fréquence des prières et la durée de l'intervention) n'influence significativement les résultats.

Parmi les 12 autres études qui ne font pas partie de la méta-analyse de Master *et al.* (2006), nous avons exclu quatre thèses de doctorat dont la lecture des résumés ne contredit pas la conclusion de la méta-analyse, ainsi que trois articles publiés dans une autre langue que l'anglais ou le français. Il reste donc cinq études.

Sicher *et al.* (1998) ont mené une étude sur les effets de la prière pour autrui chez les individus ($N = 40$) atteints du sida répartis au hasard entre le groupe contrôle et le groupe bénéficiant de prière. Les intercesseurs provenaient de différents groupes religieux et devaient prier chaque jour, une heure par jour, pendant dix semaines. Six mois après l'intervention, on

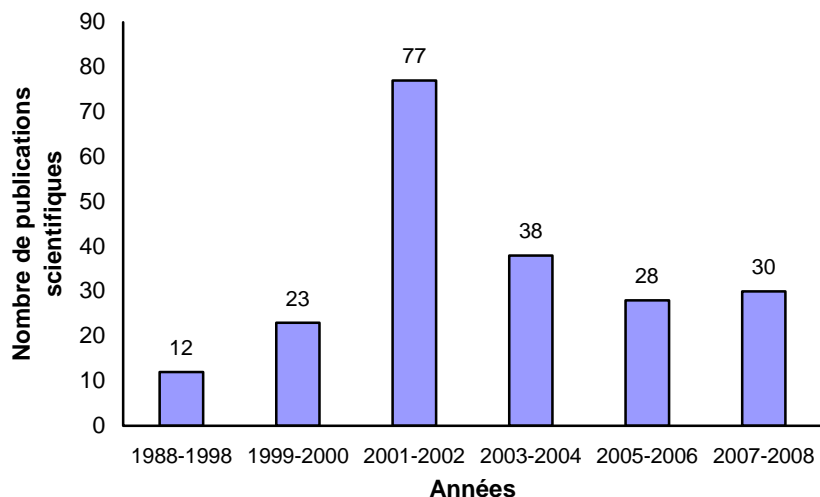


Figure 1. Nombre de publications scientifiques sur la prière pour autrui entre 1988 et 2007.

observe chez les bénéficiaires une diminution significative des symptômes (0.1 vs 0.6 par sujet, $p = .04$), de la sévérité des symptômes (.8 vs 2.65, $p = .03$), du nombre d'hospitalisations (.15 vs .6, $p = .04$), des jours d'hospitalisation (0.5 vs 3.4, $p = .04$), des visites chez le médecin (9.2 vs 13, $p = .04$) et une augmentation générale de l'humeur (résultats au *Profile of Mood States* -26 vs 14, $p = .02$) chez le groupe de prière comparativement au groupe contrôle.

L'effet de la prière pour autrui a également été évalué auprès de 84 patients affligés de verrues (Harkness, Abbot, & Ernst, 2000). Les patients ont été assignés de façon aléatoire entre le groupe contrôle et le groupe expérimental. Le groupe expérimental bénéficiait de six semaines de prière en plus du traitement habituel. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les groupes pour les variables mesurées : le nombre et la taille des verrues, le niveau d'anxiété et de dépression des sujets. Les auteurs émettent l'hypothèse que les patients n'étant pas certains de recevoir le traitement, cela a pu diminuer leur réceptivité à la prière et affecter l'habileté des intercesseurs. Les auteurs s'appuient sur l'article de Targ (1997) qui émet plusieurs hypothèses pour expliquer des résultats non significatifs de la prière pour autrui. Selon Targ (1997), les chercheurs devraient demander aux sujets s'ils croient qu'ils font partie du groupe de prière; cette information devrait être considérée comme une variable potentiellement médiatrice de l'intervention.

Leibovici (2001) a évalué les effets de la prière pour autrui auprès de patients ayant une infection du sang. Les 3393 patients, répartis au hasard

entre le groupe contrôle et le groupe expérimental, ignoraient qu'ils participaient à une étude sur la prière pour autrui. Résultats : le nombre de jours d'hospitalisation et la durée de la fièvre sont significativement plus courts chez les patients du groupe expérimental comparativement à ceux du groupe contrôle ($p = .01$ et $p = .04$, respectivement). Le taux de mortalité n'est toutefois pas différent entre les deux groupes ($p = .4$).

Conti, Matthews et Sireci (2003) ont mesuré l'effet de la prière pour autrui et de la visualisation positive auprès de 95 patients volontaires ayant des problèmes rénaux; ils voulaient vérifier si les effets obtenus sont dus aux attentes des sujets ou au traitement. La moitié des participants ont été informés que des intercesseurs priaient pour eux et l'autre moitié qu'ils étaient l'objet de visualisation positive. Par la suite, chacun des deux groupes est divisé aléatoirement en trois sous-groupes : un tiers bénéficiait de prières, un tiers de visualisation positive et un tiers ne bénéficiait ni de l'une ni de l'autre. Vingt variables dépendantes, mesurant des éléments de la santé physiologique et psychologique des sujets, ont été évaluées. Après quatre semaines d'intervention, les analyses ont indiqué des tailles d'effets moyennes nulles autant pour les variables médicales ($X = -.08$; $X = -.12$; $X = -.11$) que pour les variables psychologiques ($X = -0.06$; $X = -.07$; $X = .01$). Les auteurs notent toutefois une faible taille de l'effet ($-.22$) pour les dix variables psychologiques chez des sujets qui croyaient bénéficier de la visualisation positive, comparativement aux sujets qui croyaient bénéficier de la prière pour autrui.

Dans leur étude connue sous le nom de STEP (*Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer*), Benson et al. (2006) ont étudié l'effet de la prière pour autrui auprès de patients souffrant d'une maladie coronarienne. Les patients ($N = 1\ 802$), provenant de six hôpitaux américains, étaient répartis au hasard en trois groupes : 604 étaient l'objet de prière sans le savoir, 597 n'en bénéficiaient pas mais, à l'instar du premier groupe, n'en étaient pas sûrs, et 601 étaient l'objet de prière en étant certains de l'être. En vue d'obtenir des résultats valides, tous les patients des deux premiers groupes ainsi que les médecins traitants ignoraient ceux pour qui on priait. Notons au passage que ce type de protocole en double aveugle constitue le *nec plus ultra* de la démarche scientifique. Durant l'étude, trois groupes de chrétiens recevaient chaque soir une liste de patients pour lesquels ils devaient, pendant deux semaines, demander à Dieu la réussite d'une intervention chirurgicale et un rétablissement rapide et sans complications. Les analyses statistiques montrent l'absence de différence entre les deux premiers groupes : les prières à leur intention n'ont eu aucun effet sur les conditions postopératoires des patients. Autrement dit, lorsque les patients ignorent si effectivement on a prié pour eux, la prière à leur intention n'a aucun effet. Cependant, chez les patients qui savaient que l'on allait prier pour eux

(groupe 3), les risques de complications ont augmenté de façon significative. Les chercheurs émettent l'hypothèse que ces patients ont pu avoir subi un stress supplémentaire en s'imaginant que leur condition devait être désespérée, puisqu'on priait pour eux.

CRITIQUES

Nous discuterons d'abord de l'étude de Cha et al. (2001), considérée comme contestable, puis nous formulerons quelques critiques méthodologiques et épistémologiques.

Un cas de fraude

Lors de la présentation de la méta-analyse de Masters et al. (2006), nous avons signalé l'impact du retrait de la recherche de Cha et al. (2001) sur la taille de l'effet qui est passé de 0,100 à 0,012, montrant on ne peut mieux l'absence d'effets de la prière pour autrui. Qu'est-il arrivé? En septembre 2001, le *Journal of Reproductive Medicine*, une revue de calibre international, publie l'étude de Cha et al. (2001) qui, semble-t-il, apporte la première preuve des effets de la prière pour autrui sur un problème de santé, dans ce cas-ci, l'infertilité. Dans cette étude, on demande à des chrétiens répartis dans trois pays (Australie, Canada et États-Unis) de prier pour des femmes coréennes fréquentant une clinique de fécondation *in vitro*. Un premier groupe de fidèles priait en tenant dans leurs mains la photo des femmes, un deuxième groupe priait pour que les prières du premier groupe réussissent et un troisième groupe priait pour la réussite de celles des deux premiers groupes. Les résultats indiquent que 50 % des femmes ayant bénéficié de prières sont devenues enceintes contre 26 % de celles du groupe contrôle. Le protocole de recherche comporte toutefois plusieurs bizarreries. Premièrement, 20 des 219 patientes (9 %) de l'échantillon initial ont été éliminées par les auteurs en raison d'un problème de transmission de courriel, et ce, sans plus d'explications. Deuxièmement, les auteurs ne justifient à aucun moment le choix d'un protocole de recherche aussi complexe. Troisièmement, les auteurs n'ont aucune donnée sur les croyances des participants. De plus, les auteurs n'ont pas évalué l'impact éventuel des prières pour soi des sujets ou celles de leurs familles et amis (Flamm, 2002). Si on pense que la prière a un effet, on devrait le vérifier.

Cette étude et toutes les études qui rapportent des résultats positifs posent également problème sur le plan théologique : 1) Comment expliquer que seulement 50 % des femmes du groupe de prière deviennent enceintes? Comment expliquer que Dieu choisisse certaines femmes plutôt que d'autres? 2) Dieu aurait-il choisi cette étude pour révéler son existence? 3) Les technologies de reproduction artificielle ne vont-elles pas contre la volonté de Dieu (Flamm, 2004)? Finalement, l'un

des auteurs (Wirth) a déjà été reconnu coupable de fraude et d'usurpation d'identité. Il n'a pas de diplôme de médecine, comme il le prétend, mais une maîtrise en parapsychologie et un diplôme en droit. En novembre 2004, Daniel Wirth a plaidé coupable à toutes les accusations d'activités frauduleuses portées contre lui et a été condamné à cinq ans de prison (Flamm, 2005; Marino, 2004). Le second auteur, Kwang Cha, refuse de répondre aux questions à propos de la fraude et continue de défendre l'étude et la méthode employée par Wirth. En janvier 2007, Cha fut accusé de plagiat (Flamm, 2007) et de pratique illégale de la médecine en Californie. Le troisième auteur, Rogerio Lobo, a retiré son nom de l'étude en décembre 2004, affirmant ne pas y avoir participé. En août 2007, Cha a intenté une poursuite contre Flamm alléguant la tenue de propos diffamatoires à son égard. Le 23 avril 2008, un juge de la Cour supérieure de Californie a innocenté Flamm. Les propos de Flamm étaient certes durs, a estimé le juge, mais ils étaient vrais, et sur cette base la poursuite en diffamation n'était pas justifiée. La vérité semble donc constituer une défense imparable. Cette décision du juge est une victoire pour la science et la liberté de parole (Court dismisses Cha suit, 2008; Randi, 2008).

En somme, cette recherche a mis les éditeurs de la revue dans l'embarras. L'Université Columbia et *The Journal of Reproductive Medicine* ont commis une erreur en publiant cet article; ce manque de rigueur scientifique a causé un préjudice à la science en général (Flamm, 2004; 2005; 2006). Même si l'article a été retiré du site Web de la revue, le mal est fait, puisqu'il figure toujours dans PubMed-Medline et est souvent cité comme preuve du pouvoir surnaturel de la prière. Par exemple, dans son manuel, *Health Psychology*, Sanderson (2004) souligne certes le faible échantillon de l'étude de Cha et al. (2001), ce qui ne l'empêche pas d'affirmer que « malgré tout, cette recherche suggère une autre façon à partir de laquelle la religiosité peut conduire à une meilleure santé » (p. 141).

Critiques méthodologiques et épistémologiques

Outre le fait de s'interroger sur la pertinence des études sur la prière pour autrui, quelques auteurs (Halperin, 2001; Shermer, 2006; Targ, 2002) ont soulevé des faiblesses méthodologiques particulièrement lorsque les résultats des recherches concernées confirment l'efficacité de la prière; ils ont également formulé des critiques qu'on pourrait qualifier d'ordre épistémologique ou philosophique.

Sélection des sujets

Une des principales difficultés réside dans la constitution, au moyen de l'assignation ou autrement, de groupes contrôle et expérimental comparables, ce qu'admettent Harris *et al.* (1999) et Palmer *et al.* (2004).

Même si la variable dépendante est la même, les sujets risquent de différer sur le plan de la foi, de la religion, des croyances, des rituels religieux, du soutien social, du niveau d'anxiété, etc.

D'autre part, il est difficile d'obtenir, sur le plan du traitement, un vrai groupe contrôle (Marston, 2006). En effet, même si officiellement on ne prie pas pour les individus du groupe contrôle, comment s'assurer que personne (par exemple, les membres de la famille et les amis) ne prie pour eux? Si tel est le cas, ces prières pourraient-elles contaminer les résultats de l'étude? Par ailleurs, quand une guérison survient, comment s'assurer qu'elle repose davantage sur la prière que sur les traitements? Dans les études expérimentales, si le nombre de sujets est élevé et le principe de la randomisation respecté, ces problèmes ne se posent pas. Enfin, les prêtres et les pasteurs des diverses religions n'incitent-ils pas leurs fidèles à adresser leurs prières à Dieu pour que celui-ci vienne en aide à tous ceux qui sont dans le besoin, y compris, par le fait même, les malades du groupe contrôle?

Mesure des résultats

Les mesures des résultats (variables dépendantes) doivent être précisées. La mort est une variable dépendante sans équivoque et le nombre de jours d'hospitalisation constitue une mesure quantitative. Le besoin d'intervention cardiaque ou l'administration d'antibiotiques sont, par contre, des variables plus subjectives. Les systèmes de pointage des scores obtenus par les patients doivent être validés et reproductibles. Certains auteurs utilisent des qualificatifs tels que bon, intermédiaire ou mauvais pour évaluer les effets des interventions ou accordent des points entre 1 (excellent) et 10 (catastrophique) pour mesurer les variables (Byrd, 1988; Harris et al. 1999). Ces critères d'évaluation sont intuitifs et non validés. Enfin, prendre en compte un grand nombre de variables augmente les chances que des différences significatives apparaissent, alors qu'il pourrait n'y avoir en fait aucune différence réelle entre les groupes.

Intervention

Trois éléments doivent être considérés dans l'évaluation de l'impact de l'intervention : les définitions opérationnelles, le type d'intercesseur et la durée de l'intervention.

Les définitions opérationnelles de l'intervention. Si l'on situe la vérification de l'efficacité de la prière sur le terrain de la science, il faut, à l'instar des autres traitements médicaux, disposer d'une définition opérationnelle de la dose « prière » (Ragle, 2006). Cette opérationnalisation doit se traduire, par exemple, en termes de fréquence, d'intensité et de tradition religieuse. Combien d'individus en prière

constituent une dose? Quels types de prières sont utilisés? Les prières chrétiennes, juives ou musulmanes s'équivalent-elles (Sicher et al., 1998; Walker, Tonigan, Comer, & Kahlich, 1996)? À qui les prières s'adressent-elles? Dieu, Jésus, les anges, un saint ou une force universelle? Quel est le temps accordé à la prière? Est-ce qu'une prière de trois minutes équivaut à trois prières d'une minute ou à six prières de trente secondes? La durée des séances de prière dans l'étude de Sicher et al. (1998) est d'une heure par jour, tandis que dans celle de Palmer et al. (2004), elle n'est que de quelques minutes. Ces définitions opérationnelles constituent des variables modératrices, sans lesquelles il est difficile de déterminer si la prière est efficace.

Par ailleurs, il subsiste quelque difficulté à définir la spiritualité. Les doctrines et les pratiques religieuses diffèrent selon les affiliations religieuses. On peut en outre penser que les comportements considérés comme adéquats ou inadéquats à cet égard diffèrent d'une religion à l'autre. Il existe également plusieurs mesures possibles de la religiosité. Une personne peut se qualifier de très religieuse (religiosité subjective) sans faire preuve de comportement religieux (religiosité objective). Un individu peut ne pas fréquenter de lieu sacré (religiosité organisationnelle) mais prier en privé (religiosité non organisationnelle). Il existe aussi plusieurs autres mesures possibles telles que le degré d'adhésion d'un individu aux doctrines d'une religion (croyance religieuse), le degré de connaissance des pratiques et des comportements inhérents à une religion, ainsi que leur signification (Lee & Newberg, 2005). Plusieurs chercheurs ne fournissent aucune donnée à cet égard (Collipp, 1969; Harris et al., 1999; Mathai & Bourne, 2004; Palmer et al., 2004).

Les intercesseurs. Que sait-on de leur motivation et de l'importance de la prière à leurs yeux? Comme les prières peuvent avoir lieu en groupe ou individuellement (Aviles et al., 2001), y a-t-il une différence entre ces deux modalités? Les affiliations religieuses des intercesseurs doivent être identifiées. Qu'arriverait-il si les résultats montraient une différence significative entre les intercesseurs chrétiens et juifs? Quelles sont les implications théologiques et sociales d'une telle étude comparative? De plus, qu'en est-il du nombre d'années d'expérience des fidèles qui prient? Certains individus sont-ils naturellement doués pour la prière?

La durée de l'intervention. Déterminer le moment approprié pour évaluer les progrès des participants est difficile. Certaines études avec un protocole de recherche relativement court ou avec peu de sujets peuvent ne pas montrer d'effet. Il n'est pourtant pas difficile d'obtenir des corrélations statistiquement significatives lorsqu'une recherche quantitative est effectuée auprès d'un grand nombre de personnes et sur une longue période de temps (Leibovici, 2001). En effet, plus le nombre de sujets est

imposant, plus il est facile d'obtenir des corrélations qui se révèlent à la fois statistiquement significatives ($p < .05$) et réellement insignifiantes (Gendreau, 2001) ou des résultats significatifs qui ne sont pas nécessairement dus à l'intervention orante (Lee & Newberg, 2005).

Mécanisme causal

Sauf erreur, aucun mécanisme d'action de la prière pour autrui n'a été établi. En l'absence de mécanisme d'action clair, l'interprétation des résultats appelle la prudence (Harris et al., 1999; Palmer et al., 2004). Par ailleurs, même si les auteurs se défendent d'étudier Dieu comme médiateur des résultats de leurs études, il n'en demeure pas moins qu'il est le mécanisme causal suggéré implicitement dans la majorité des études sur la prière pour autrui. Dans le cas de résultats positifs, les auteurs affirment que cela ne prouve en rien l'existence de Dieu. Pourtant, une prière est l'acte par lequel on s'adresse à Dieu pour lui faire une demande. Le problème est alors d'assumer que non seulement Dieu écoute les prières des intercesseurs mais y répond. Or, l'essence d'une demande n'est-elle pas d'être acceptée ou refusée? Dieu peut-il opérer de façon probabiliste? Est-ce que les actes de Dieu peuvent se conformer aux paramètres de la science? Cela signifie-t-il que les pouvoirs de Dieu sont soudainement restreints? Il est clair pour la majorité des religions que Dieu ne suit pas les lois de la nature ou des probabilités. Dans la prière, Dieu est imploré et non pas contrôlé ou testé. Cependant, si Dieu est omniscient et tout-puissant, il ne devrait pas être nécessaire de l'implorer de guérir quelqu'un. La prière, selon la tradition judéo-chrétienne, est une médiation entre les humains et Dieu qui dépasse notre compréhension. Ce n'est donc pas une pratique qui se soumet à des vérifications empiriques. D'ailleurs, pourquoi la réponse de Dieu serait-elle proportionnelle au temps consacré à la prière? La théologie et la science sont des entités très différentes, tenter d'imposer à Dieu les lois statistiques ne remet-il en question son pouvoir (Chibnall, Jeral, & Cerullo, 2001)?

D'autres phénomènes sont suggérés tels que le transfert d'énergie, les vagues magnétiques ou la conscience collective. Cependant, s'il s'agit d'un transfert d'énergie entre deux personnes ou une communication télépathique entre deux esprits, pourquoi certains participants ignorent-ils qu'on prie pour eux? N'est-il pas impératif de connaître la destination de cette énergie à partir de laquelle ils communiquent (Chibnall et al., 2001)? Selon Sloan (2005), l'hypothèse d'une conscience collective réfute tout ce que les scientifiques savent à propos de l'univers. En effet, à leurs yeux, il existe seulement quatre interactions (forces) dans l'univers : les interactions nucléaires fortes et faibles, l'interaction électromagnétique et l'interaction gravitationnelle. Rien dans l'univers physique ne leur permet d'expliquer ces résultats. En fait, les chercheurs concernés par la prière

pour autrui ne peuvent identifier les variables en cause ni découvrir comment elles pourraient produire des effets.

Interprétation des résultats

Trois aspects sont ici envisagés : la testabilité des énoncés théologiques, l'interprétabilité des résultats et l'effet placebo.

La testabilité des énoncés théologiques. Le construit de la prière, présenté dans les différentes études, contredit plusieurs concepts spirituels et théologiques. Pour plusieurs religions, la prière, telle que pratiquée par les intercesseurs de ces études, n'est pas considérée comme une prière, car elle ne requiert aucune foi (Chibnall et al., 2001). L'imposition de la prière dans un cadre de recherche respecte-t-elle la dimension de la foi? En effet, advenant le cas où l'on démontrerait l'efficacité de la prière pour autrui par des résultats consistants, prédictibles et reproductibles, on quitterait le monde de la foi pour celui de la science. C'est peut-être dans cette perspective qu'il faut comprendre la réaction d'un pasteur protestant dont les fidèles ont participé à la STEP. Non seulement les résultats n'ébranlent en aucun cas sa confiance dans la prière, mais pour lui les gens qui ont la foi n'ont pas besoin d'une étude sur la prière pour savoir que celle-ci est efficace. Flamm (2006) signale que des douzaines d'articles dans des quotidiens ont tenu des propos de même nature, propos qui sont étonnamment similaires à ceux des théologiens qui, en 1872, s'opposaient à toute étude voulant vérifier l'efficacité de la prière. Les croyants qui refusent le verdict des faits doivent alors éviter la dissonance cognitive. Pour ce faire, ils multiplient les arguments qui rendent la vérification de l'efficacité de la prière pour autrui non réfutable (Popper, 1973). Par exemple, ils diront : « Dieu savait qu'il s'agissait d'une étude et il n'aime pas être testé donc il ne répond pas aux prières; Dieu préfère les prières en provenance des membres de la famille; les prières ont été exaucées, mais pas de la manière escomptée; et bien sûr — réplique classique — les voies de Dieu sont insondables » (Flamm, 2006, p. 6). C'est probablement dans cette perspective qu'il faut comprendre la réaction de certains hommes d'Église. Ainsi, Swinburne a critiqué la STEP en arguant que « Dieu ne répond aux prières que si elles sont motivées par de bonnes raisons. Ce n'est pas une bonne raison que de prier pour une personne plutôt que pour une autre simplement sur un simple coup de dés selon le protocole de l'expérience en double aveugle. Dieu n'aura pas été dupe. » (Dawkins, 2008, p. 79). Swinburne n'est pas le seul théologien à désavouer l'étude après son échec. Le révérend Lawrence est aussi d'avis que les dirigeants religieux qui ont le sens des responsabilités « pousseront un soupir de soulagement en voyant qu'on n'a pas pu faire la preuve que la prière d'intercession ait des effets » (Lawrence, 2006, p. A21). C'est la même conviction qui anime Robert Barth, directeur du Bureau de la prière de l'Église unie, pour qui la prière

peut être étudiée de manière scientifique, même si plusieurs de ses aspects les plus importants demeureront à jamais un « mystère divin » (Ragle, 2006)!

L'interprétabilité des résultats. Il est difficile d'interpréter les résultats autant positifs que négatifs. Comment comprendre les résultats non significatifs? Devrions-nous conclure que Dieu n'écoute pas les prières, que Dieu n'existe pas, qu'il a été imploré par de mauvais intercesseurs, que les mots utilisés dans la prière étaient inappropriés, que les prières devraient être récitées à un rythme différent? Aucune de ces conclusions ne semble justifiée. Certaines études mesurent les mêmes variables mais les auteurs obtiennent des résultats différents (Aviles et al., 2001; Bryd, 1988; Harris et al., 1999). Comment interpréter les résultats si certains sont significatifs alors que d'autres ne le sont pas? Est-ce que Dieu pourrait s'intéresser à certaines maladies plutôt qu'à d'autres? De plus, comment les doctrines religieuses peuvent-elles expliquer que certains individus du groupe bénéficiant de prières guérissent, alors que d'autres ne guérissent pas ou guérissent plus lentement (Masters, 2005)? Bref, la majorité des études ne tient pas compte des fondements théologiques et théoriques du phénomène étudié, ce qui produit des résultats qui peuvent s'interpréter de multiples façons sans qu'aucune s'impose.

L'effet placebo. Les facteurs psychologiques sont fortement impliqués dans le processus de guérison du corps humain. L'effet placebo est une réponse biologique amorcée au niveau du cortex cérébral, permettant l'activation des systèmes nerveux, endocrinien et immunitaire. Ainsi, les résultats positifs des études sur la prière pour autrui peuvent s'expliquer par l'activité cérébrale qui pourrait influencer la physiologie corporelle et produire des effets bénéfiques sur la santé, plutôt que par l'intervention d'une entité supérieure (Larivée et Gendreau, 2005).

DISCUSSION

Rappel des résultats

Dans les études sur les effets de la prière d'intercession sur la santé, on obtient, pour la plupart, des résultats non significatifs. Lorsque l'étude de Cha et al. (2001) est retirée, la taille de l'effet évaluée par la méta-analyse de Master et al. (2006) devient presque nulle ($g = .012$), illustrant bien l'absence de résultats significatifs. La majorité des études comporte en outre des problèmes méthodologiques et épistémologiques importants tels les difficultés : a) d'identifier des groupes contrôle et expérimental comparables; b) de préciser les variables dépendantes; c) d'opérationnaliser la prière, par exemple en termes de fréquence, d'intensité et de tradition religieuse; d) d'évaluer la motivation des intercesseurs et l'importance de la prière à leurs yeux; e) de constituer un

vrai groupe contrôle; f) de déterminer le moment approprié pour évaluer les progrès des participants; g) d'évaluer l'effet placebo; h) de circonscrire le mécanisme d'action de la prière pour autrui; i) de définir la religion, la religiosité et la spiritualité; j) de tester les affirmations de la théologie concernant la réalité des faits; h) d'interpréter les résultats autant positifs que négatifs.

Science et religion : deux approches inconciliables

Dans leur tentative de concilier science et religion, certains croyants développent plusieurs arguments parmi lesquels les deux suivants sont à l'opposé l'un de l'autre : la science bien comprise mène à la religion et science et religion constituent deux ordres de connaissance dont le premier est réservé à l'examen objectif du réel et le second à l'étude des attributs de Dieu et des rapports des humains avec lui.

Probablement en partie à cause du prestige de la science, tout un chacun se réclame de celle-ci. Pour certains croyants, accorder d'entrée de jeu du crédit à la science devient en quelque sorte la voie royale non seulement pour concilier science et religion, mais aussi pour conclure que la science mène à la religion. C'est la voie suivie par la *John Templeton Foundation*, un organisme qui se consacre à la promotion de la religion. Si l'on va au bout du raisonnement menant à cette cohabitation, on pourrait conclure qu'en fin de compte, la foi religieuse invalide le recours à la vérification empirique que requiert la science. Ce faisant, on ramène le processus de la genèse des connaissances à une période préscientifique, où faute de règles méthodologiques acceptées par l'ensemble de la communauté, c'est l'autorité qui établissait les règles de procédure.

À l'opposé du premier argument, le second prône plutôt la présence de deux ordres de connaissance, l'un scientifique et l'autre théologique. À cet égard, les tenants de la démarche religieuse misent alors sur la subjectivité de l'expérience humaine, sur le fait que la science n'explique pas tout — ce qu'elle n'a d'ailleurs jamais prétendu — qu'il y a quelque chose qui nous dépasse. Que l'approche scientifique donne accès à des connaissances objectives ne signifie aucunement que la science fournit une description complète de la réalité. Mais cette limite de la science ne justifie en aucun cas qu'une autre approche puisse s'y substituer avantageusement.

La méprise sur le rapport entre la démarche scientifique et l'approche théologique perdure aussi en grande partie à cause de la confusion du vocabulaire utilisé. Par exemple, même si dans les deux approches, il est question de vérité, de toute évidence, vérité scientifique et vérité de la foi sont deux concepts antinomiques. Ainsi, lorsque Benoît XVI déclare que la notion de limbes n'a « toujours été qu'une hypothèse théologique et non

une vérité de la foi » (Pullella, 2006, p. 10), il énonce du même coup le caractère immuable — et donc, non scientifique — de cette dernière.

La science requiert des preuves observables et mesurables pour évaluer un phénomène. Dans cette perspective, les médecins sont ouverts aux nouvelles approches susceptibles d'aider leurs patients. La découverte de nouvelles connaissances conduit à de nouvelles hypothèses, à de nouvelles expérimentations et éventuellement à de nouvelles pratiques cliniques. La théologie, de son côté, privilégie les vérités dites fondamentales. Si certaines religions acceptent de modifier certains aspects de leurs pratiques, leurs fondements demeurent, pour l'essentiel, immuables. La théologie et la science opèrent de façon très différente. En effet, l'opposition entre la science et la religion porte essentiellement sur leurs méthodes respectives pour obtenir des connaissances fiables. Les vérités théologiques sont dictées par les dogmes, alors que les vérités scientifiques, fondées sur la démonstration, sont en quelque sorte biodégradables. Bref, la démarche religieuse et la démarche scientifique sont inconciliables.

Aux questions que l'humanité se pose, les théologiens peuvent apporter des réponses qui revêtent une apparence de cohérence lorsqu'il s'agit d'une question touchant le réel. Il est en effet relativement facile de trouver des réponses plausibles à presque n'importe quelle question, mais il est difficile, voire impossible, en l'absence de vérifications, de savoir laquelle est la bonne (Bricmont, 2000). La science est, par définition, ouverte à tout résultat pourvu que ledit résultat découle d'une expérimentation transparente sur le plan méthodologique et susceptible d'être reproduite. À cet égard, science et foi constituent, par définition, des territoires étrangers l'un à l'autre. La croyance en une vérité révélée, codifiée par des dogmes, relève d'une conviction qui, par définition, se passe de démonstration (Sloan, 2006).

Considérations éthiques

Plusieurs problèmes éthiques sont associés à l'étude des effets de la prière sur la santé d'autrui. Premièrement, on peut s'interroger sur la pertinence d'intervenir en faveur de patients sans leur permission. En effet, plusieurs auteurs ne cherchent pas à obtenir le consentement des participants (Collipp, 1969; Harris et al., 1999; Mathai & Bourne, 2004; Palmer et al., 2004). Les raisons de refuser de participer à une étude sont multiples : ne pas vouloir que son nom soit associé à une étude, ne pas être intéressé à une telle recherche, se préoccuper d'une éventuelle assignation au groupe contrôle, s'inquiéter des différences entre sa religion et celle des intercesseurs, être athée, etc. En fait, les chercheurs ont la responsabilité de se renseigner sur le désir de guérison des patients et sur

leur degré d'acceptation de la possibilité que certaines personnes inconnues prient pour eux (Dusek, Astin, Hibberd, & Krucoff, 2003).

Deuxièmement, les études sur la prière pour autrui soulèvent une autre question éthique courante : peut-on tester un traitement dont les effets sont méconnus? Rappelons que l'étude de Benson et al. (2006) montre que les patients qui savaient avec certitude qu'on priait pour eux ont présenté significativement plus de complications au post-test. Les chercheurs ont émis l'hypothèse d'un stress supplémentaire chez ces patients : ils ont pu s'imaginer que si l'on priait pour eux, c'est que leur condition médicale était grave. Au-delà des bonnes intentions, la prière pour autrui pourrait donc causer du tort à certains patients.

Troisièmement, les médecins s'attendent habituellement à ce que leurs recommandations soient suivies par les patients. À cet égard, Sloan (2005) soulève la question de l'ascendant du médecin sur le patient. Si un médecin prescrit à son patient certaines activités religieuses, ne brime-t-il pas la liberté du patient? Les affiliations et les pratiques religieuses relèvent de la vie privée. Même si certains effets positifs de la prière pour autrui sur la santé étaient établis, serait-il approprié qu'un médecin recommande certaines pratiques religieuses aux patients et à leurs proches?

Quatrièmement, encourager les études sur les effets de la prière pour autrui ou promouvoir ses effets positifs est contraire à l'éthique dans la mesure où quelques personnes sérieusement malades pourraient éviter de consulter ou refuser un traitement médical reconnu, comme cela se voit pour les traitements dits « alternatifs », pour ne s'en remettre qu'à la prière. Notons ici au passage que ce problème éthique n'est pas spécifique à l'étude de la prière pour autrui en tant que traitement. Il concerne aussi un grand nombre d'approches alternatives et complémentaires en médecine.

Le cinquième point porte sur les soi-disant effets bénéfiques de la religion sur la santé. Sloan et Bagiella (2002) ont vérifié cette affirmation en déterminant le pourcentage d'articles de recherches qui la soutiennent et en examinant la qualité de leurs analyses statistiques. Pour ce faire, ils ont consulté la base de données Medline à l'aide du mot clé *religion* au cours de l'année 2000. Seulement 17 % des 266 articles répertoriés concluent que la religion a des effets bénéfiques sur la santé. La moitié de ces articles ne démontre pas, à l'aide d'analyses statistiques rigoureuses, cette affirmation. Parmi ceux qui rapportent des effets statistiquement significatifs, certains n'observent pas directement le lien entre la religion et la santé, mais étudient plutôt les différences entre les groupes religieux, l'influence de la religion sur les décisions médicales ou l'augmentation des

pratiques religieuses lorsque les patients sont atteints d'une maladie. De plus, les auteurs notent plusieurs problèmes méthodologiques tels que l'absence de groupe contrôle ou l'absence de contrôle des variables étrangères ou des analyses statistiques incomplètes qui rendent les résultats non significatifs.

Les auteurs ont également répertorié deux recensions des écrits qui étudient les effets de la religion sur la santé, l'une de Luskin (2000) et l'autre de Koeing, McCullough et Larson (2001). Ces recensions mettent en lumière les effets de la religion sur les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension. Aucun des 12 articles cités par Luskin (2000) n'obtient de résultats statistiquement significatifs qui établiraient un lien entre les activités religieuses et les maladies cardiaques. Seulement quatre des 39 articles de Koeing et al. (2001) peuvent soutenir raisonnablement le lien positif entre la religion et la santé. L'ensemble de ces résultats amène Sloan et Bagiella à conclure que la majorité des études offrent peu de confirmation empirique quant aux effets des pratiques religieuses sur la santé.

Au total, ceux qui prétendent à l'efficacité de la prière pour autrui ont l'obligation éthique de démontrer la véracité de leur affirmation, ne serait-ce que pour réduire les frais reliés à la santé et aider ceux qui peuvent l'être. En effet, si les croyants ont raison, on aurait enfin trouvé une solution intéressante au problème des engorgements des hôpitaux. Il suffirait de remplir à nouveau les églises de pieux fidèles pour que dans un vaste effort de prière conjointe, tous les malades du Québec, du Canada et peut-être du monde soient éventuellement guéris.

CONCLUSION

Sur la base des études actuelles, principalement celles incluses dans la méta-analyse de Masters et al. (2006), il faut conclure que l'efficacité de la prière pour autrui n'a pas été démontrée. Plus encore, à l'instar des autres thérapies noétiques, aucun médium tangible clairement identifié dans la prière pour autrui n'est susceptible d'induire un changement de l'état de la personne pour laquelle on prie. Il n'existe en fait aucune explication biomédicale de l'effet de la prière pour autrui. Or, l'éthique médicale veut que seules les thérapies qui ont fait preuve de leur innocuité et de leur efficacité puissent être prises en considération. Science et religion sont en outre deux domaines inconciliables. Tenter de les rapprocher non seulement dilue leur essence et ne profite ni à l'une ni à l'autre, mais relève également de la tromperie. La démarche de la *John Templeton Foundation* nous illustre bien ceci. Voilà une institution qui prône l'existence de Dieu et qui entend la démontrer en finançant des recherches. Ce faisant, nous pensons qu'elle est en porte-à-faux tant sur le plan théologique que sur le plan scientifique. À l'évidence, elle ne

contribue pas au progrès des connaissances puisque tout résultat empirique contraire à leurs croyances ne modifie en rien celles-ci. Conclure alors que « les voies de Dieu sont insondables », c'est adopter une attitude qui se prémunit contre l'échec et permet de toujours retomber sur ses pieds. Les 2,4 millions de dollars investis par la *John Templeton Foundation* dans la STEP auraient certainement été plus utiles pour réduire la pauvreté ou améliorer la qualité de vie dans les pays de l'Afrique sub-saharienne et même en Occident. Compte tenu de l'absence de données probantes sur l'efficacité de la prière pour autrui, la conclusion de Masters et al. (2006) s'impose : cessons de financer ce type de recherche. Bref, on peut à bon droit estimer que l'évaluation scientifique des effets de la prière d'intercession n'est pas plus opportune que le procès de Galilée par l'instance religieuse. Un cul-de-sac dans les deux cas.

RÉFÉRENCES*

- Ameling, A. (2000). Prayer : An ancient healing practice becomes new again. *Holistic Nursing Practice*, 14(3), 40-48.
- *Aviles, J. M., Whelan, E., Hernke, D. A., Williams, B. A., Kenny, K. E., O'Fallon, W. M. et al. (2001). Intercessory prayer and cardiovascular disease progression in a coronary care unit population : A randomized controlled trial. *Mayo Clinic Proceedings*, 76, 1192-1198.
- Benson, H., Dusek, J. A., Sherwood, J. B., Lam, P., Bethea, C. P., Carpenter, W. et al. (2006). Study of the therapeutic effects of intercessory prayer (STEP) in cardiac bypass patients : A multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer. *American Heart Journal*, 151(4), 934-942.
- Bricmont, J. (2000). Science et religion : l'irréductible antagonisme. *Agomme*, 23, 131-151.
- Brushm, S. G. (1974). The prayer test. *American Scientist*, 62(5), 561-563.
- *Byrd, R. C. (1988). Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. *Southern Medical Journal*, 81(7), 826-829.
- *Cha, K. Y., Wirth, D. P., & Lobo, R. A. (2001). Does prayer influence the success of in vitro fertilization-embryo transfer? *Journal of Reproductive Medicine*, 46(9), 781-787.
- Chibnall, J. T., Jeral, J. M., & Cerullo, M. A. (2001). Experiments on distant intercessory prayer. *Archives of Internal Medicine*, 161, 2529-2536.
- *Collipp, P. J. (1969). The efficacy of prayer : A triple-blind study. *Medical Times*, 97(5), 201-204.
- Conti, M. J., Matthews, W. J., & Sireci, S. G. (2003). Intercessory prayer. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 6(4), 20-27.
- Court dismisses Cha suit, vindicates Flamm on questioned prayer/fertility study (2008). *Skeptical Inquiry*, 32(4), p. 8.
- Dawkins, R. (2008). *Pour en finir avec Dieu*. Paris : Robert Laffont.
- Dusek, J. A., Astin, J. A., Hibberd, P. L., & Krucoff, M. (2003). Healing prayer outcomes studies : Consensus recommendations. *Alternative Therapies*, 9(3), A44-A53.
- Flamm, B. L. (2002). Faith healing by prayer. *The Scientific Review of Alternative Medicine*, 6(1), 47-50.
- Flamm, B. L. (2004). Faith healing confronts modern medicine. *The Scientific Review of Alternative Medicine*, 8(1), 9-14.
- Flamm, B. L. (2005). The bizarre Columbia University "miracle" saga continues. *Skeptical Inquirer*, 29(2), 52-53.
- Flamm, B. L. (2006). One big SEEP : Another major study confirm that distant prayers do not heal the sick. *Skeptical Inquirer*, 30(4), 5-6.

* Les références précédées d'un astérisque sont incluses dans la méta-analyse de Masters et al. (2006).

Études sur la prière pour autrui

- Flamm, B. L. (2007). Third strike for Columbia University prayer study : Author plagiarism. *Skeptical Enquirer*, 31(3), 19-20.
- Galton, F. (1872). Statistical inquiries into the efficacy of prayer. *Fortnightly Review*, LXVIII, 125-135.
- Gendreau, P. L. (2001). Rechercher l'intervention. In G. Gendreau (Éd.), *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative* (p. 1-8). Montréal : Sciences et Culture.
- Halperin, E. C. (2001). Should academic medical centers conduct clinical trials of the efficacy of intercessory prayer? *Academic Medicine*, 76(8), 791-797.
- Hamer, D. (2004). *The God gene. How faith is hardwired into our genes*. New York : Archan Books.
- Hammer, O. (2005). Legitimizing new religions. *Journal of Religion*, 85(2), 356-357.
- Harkness, E. F., Abbot, N. C., & Ernst, E. (2000). A randomized trial of distant healing for skin warts. *American Journal of Medicine*, 108, 448-452.
- *Harris, W. S., Gowda, M., Kolb, J. W., Strychacz, C. P., Vacek, J. L., Jones, P. G. et al. (1999). A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary unit. *Archives of Internal Medicine*, 159(19), 2273-2278.
- *Joyce, C. R. B., & Welldon, S. M. (1965). The objective efficacy of prayer: A double-blind clinical trial. *Journal of Chronic Diseases*, 18, 367-377.
- Koeing, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York : Oxford University Press.
- *Krucoff, M. W., Crater, S. W., Gallup, D., Blankenship, J., Cuffe, M., Guarneri, M. et al. (2005). Music, imagery, touch, and prayer as adjuncts to interventional cardiac care: The Monitoring and Actualisation of Noetic Training (MANTRA) II randomized study. *The Lancet*, 366, 211-2117.
- Larivée, S., & Gendreau, P. L. (2005). Recension de *L'effet placebo : le pouvoir de guérir*. *Revue de psychoéducation*, 34(2), 397-402.
- Lawrence, R. J. (2006). Faith-based medicine. *The New York Times*, 11 avril, A21.
- Lee, B. Y., & Newberg, A. B. (2005). Religion and health : A review and critical analysis. *Zygon*, 40(2), 443-468.
- Leibovici, L. (2001). Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection : Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 323, 1450-1451.
- Luskin, F. (2000). Review of the effect of spiritual and religious factors on mortality and morbidity with a focus on cardiovascular and pulmonary disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 20, 8-15.
- Marino, T. A. (2004). Indictment of Joseph Horvath and Daniel Wirth. *Quackwatch*, Document en ligne le 1^{er} juin, 2004 : <<http://www.quackwatch.org/11Ind/wirthindictment.html>>.
- Marston, P. (2006). The STEP prayer study. *Skeptical Inquirer*, 30(6), 65.
- Master, K. S. (2005). Research on the healing power of distant intercessory prayer : Disconnect between science and faith. *Journal of Psychology and Theology*, 33 (4), 268-278.
- Master, K. S., Spielmans, G. I., & Goodson, J. T. (2006). Are there demonstrable effects of distant intercessory prayer? A Meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 32(1), 21-26.
- *Mathai, J., & Bourne, A. (2004). Pilot study investigation the effects of intercessory prayer in the treatment of child psychiatric disorders. *Australasian Psychiatry*, 12(4), 386, 389.
- *Matthews, D. A., Marlowe, S. M., & MacNutt, F. S. (2000). Effects of intercessory prayer on patients with rheumatoid arthritis. *Southern Medical Journal*, 93, 1177-1186.
- *Matthews, W. J., Conti, J. M., & Sireci, S. G. (2001). The effects of intercessory prayer, positive visualization, and expectancy on the well-being of kidney dialysis patients. *Alternative Therapies*, 7(5), 42-52.
- O'Connor, P. J., Pronk, N. P., Tan, A., & Whitebird, R. R. (2005). Characteristics of adults who prayer as an alternative therapy. *American Journal of Health Promotion*, 19(5), 369-375.

- *O'Laoire S. (1996). An experimental study of the effects of distant intercessory prayer on self-esteem, anxiety, and depression. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3, 38-53.
- *Palmer, R. F., Katerndahl, D., & Morgan-Kidd, J. (2004). A randomized trial of the effects of remote intercessory prayer: Interactions with personal beliefs on problem-specific outcomes and functional status. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(3), 438-448.
- Popper, K. (1973). *La logique de la découverte scientifique*. Paris : Payot.
- Pullella, P. (2006, 7 octobre). Dans les limbes... Le pape ne devrait pas abolir ce concept théologique avant 2007. *Le Devoir*, p. A10.
- Ragle, B. (2006). Prayerful science. More on the relationship between prayer and healing. *Skeptic*, 12 (4), 11.
- Randi, J. (2008). Prayer and pregnancy. *Skeptic*, 14(2), 6.
- Sanderson, C. A. (2004). *Health psychology*. Hoboken, NJ : Wiley.
- Shermer, M. (2006). Prayer and healing. The verdict is in and the results are null. *Skeptic*, 12(3), 20-21.
- Sicher, F., Targ, E., Moore, D., & Smith, H. S. (1998). A randomized double-blind study of the effect of distant healing in a population with advanced AIDS. *Western Journal of Medicine*, 169, 356-363.
- Sloan, R. P. (2005). Interview with Richard P. Sloan. *Religion et Ethics newsweekly*, 844, 1-10.
- Sloan, R. P. (2006). *Blind faith : The unholy alliance of religions and medicine*. New York : St. Martin Press.
- Sloan, R. P., & Bagiella, E. (2002). Claims about religious involvement and health outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (1), 14- 21.
- Targ, E. (1997). Evaluating distant healing : A research review. *Alternative Therapies and Health Medicine*, 3(6), 74-78.
- Targ, E. (2002). Research methodology for studies of prayer and distant healing. *Complementary Therapies in Nursing et Midwifery*, 8, 29-41.
- *Tloczynski, J., & Fritzschi, S. (2002). Intercessory prayer in psychological well-being: Using a multiple-baseline, across-subjects design. *Psychological Reports*, 91, 731-741.
- Turner, F. M. (1974). Rainfall, plagues, and the Prince of Wales : A chapter in the conflict of religion and science. *The Journal of British Studies*, 13(2) 46-65.
- *Walker, S., Tonigan, J. S., Comer, S., & Kahlich, L. (1996). Intercessory prayer in the treatment of alcohol abuse and dependence: A pilot investigation. *Alternative therapies*, 3(6), 79-86.

RÉSUMÉ

Depuis 2000, les études concernant l'efficacité de la prière sur l'amélioration de la santé physique et psychologique des gens pour lesquels on prie se sont multipliées. La consultation de trois banques de données (PsycINFO, Medline, Current Content) a permis de répertorier 189 publications de 1979 à 2007. Outre la méta-analyse de Master, Spielmans et Goodson (2006), nous avons retenu les études qui répondaient aux deux critères suivants: a) la prière pour autrui est utilisée pour traiter un problème de santé physique ou psychologique et b) la présence d'un groupe « de prière » et d'un groupe contrôle. L'analyse des résultats soulève plusieurs questions sur des critères méthodologiques et épistémologiques ainsi que quelques considérations éthiques. Nous discutons en outre de l'éternel antagonisme entre la démarche scientifique et la démarche théologique.

MOTS CLÉS

prière pour autrui, bien-être physique et psychologique, épistémologie, éthique, méthodologie de la recherche

Études sur la prière pour autrui

ABSTRACT

Since 2000, the number of studies concerning the efficiency of prayer on the improvement of physical and psychological health of the people for whom we pray has increased. A search in three bibliographic databases (PsycINFO, Medline and Current Contents) produced a list of 189 studies published between 1979 and 2007. In addition to the meta-analysis of of Master, Spielmans, and Goodson (2006), we only retained publications that included two criteria: a) prayer for others is used for the treatment of a physical or psychological problem and b) presence of a prayer group and of a control group. A critical analysis of the results raises a set of methodological and epistemological criticisms as well as some ethical considerations. We also discuss the everlasting antagonism between the scientific and the theological points of view.

KEY WORDS

prayer for others, physical and psychological well-being, epistemology, ethics, research method

RECENSIONS DE LIVRES

Cottraux, J. (2007). *La force avec soi. Pour une psychologie positive*. Paris : Odile Jacob (297 p.).

J'ai vu sans succès de nombreux psychothérapeutes avant vous, c'est la dernière psychothérapie que je fais. Si elle échoue, je me suicide (p. 8).

Voilà ce que lance Camille au thérapeute Jean Cottraux en entrant dans son bureau. Ce dernier s'efforcera donc de la délivrer de sa dépression, de l'inciter à sortir de son scénario répétitif qui la pousse vers des hommes « forts » qui l'abandonnent, mais également de l'aider à trouver sa force intérieure, à reprendre sa carrière et à retrouver une vie plus satisfaisante.

Jean Cottraux, psychiatre des hôpitaux et enseignant à l'Université de Lyon-1, a plusieurs ouvrages à son crédit (par exemple, 2001). C'est un spécialiste de la thérapie cognitive comportementale (Cottraux et Blackburn, 2001, 2006); toutefois, ces dernières années, il s'est intéressé à l'approche positive en psychologie. Conscient de la fragilité humaine, ce clinicien d'expérience ne néglige pas pour autant les forces naturelles qui nous soutiennent. Dans les huit chapitres de l'ouvrage, il s'efforce de garder l'équilibre entre l'approche traditionnelle centrée sur les troubles psychologiques et la nouvelle approche positive¹ qui fait la promotion de ce qu'il y a de mieux chez l'humain.

Au chapitre 1, l'auteur nous incite à découvrir les valeurs qui nous guident et à pratiquer la « vertu » — une force qui agit — pour réparer la fragilité et développer nos qualités personnelles. Le chapitre 2 donne un aperçu historique des valeurs que nous offrent les divers systèmes philosophiques et les grandes religions de même que les « vertus laïques » identifiées par nos contemporains (Comte-Sponville, 1995). Le chapitre 3 contient un bref traité des forces du caractère. Cottraux y présente le modèle de Peterson et Seligman (2004) comptant 24 forces regroupées sous six grandes vertus (ce modèle a été présenté par Peterson et Park (2005) dans le numéro spécial de la *Revue québécoise de psychologie* sur la psychologie positive (vol. 26, n° 1). Le chapitre 4 porte sur l'épineux problème de la possibilité de choix malgré les déterminismes internes et externes qui affectent les humains. Face aux divers types de pessimisme (religieux, psychanalytique et génétique), l'auteur défend l'idée que nous ne sommes pas victimes d'un « destin ». Il

1. Le lecteur intéressé par la psychologie positive pourra se référer à l'article de base de Seligman et Csikszentmihalyi (2000), à la « Bible » de la psychologie positive éditée par Snyder et Lopez (2007) ainsi qu'au numéro spécial de la *Revue québécoise de psychologie* de 2005 (vol. 26, n° 1).

présente plutôt un modèle biopsychosocial du comportement humain qui est appuyé par des résultats de recherche (Cottraux, sous presse). Le chapitre 5 présente les théories de Seligman (résignation apprise), de Beck (approche cognitive) et de Young (schémas) sur la dépression, chapitre qui intéressera sans doute les cliniciens. L'intéressant et inspirant chapitre 6 sur l'optimisme se base principalement sur les travaux de Seligman (1990) qui propose de modifier les modes d'attribution générateurs de dépression. Cottraux incite le lecteur à ne pas confondre cet optimisme avec la trop fameuse « pensée positive » de Peale (1952) et de Coué¹ (1956). Il ajoute également que pour « réussir sa vie », il importe de pratiquer l'autorégulation si bien décrite par Bandura (1997). Le chapitre 7, intitulé « La psychologie positive en pratique² », présente des approches thérapeutiques récentes s'ajoutant à la thérapie cognitive qui constitue le thème principal de l'ouvrage. Le chapitre 8 se veut un « Guide de développement personnel », une sorte de *coaching* de soi inspiré de l'ouvrage récent de Biswas-Diener et Dean (2007). Ce chapitre intéressant et pratique revient sur les forces du caractère (on y présente un questionnaire sur l'identification de ses forces personnelles), explique le processus de résolution de problèmes (D'Zurilla & Nezu, 1999) et nous invite à développer notre créativité et à vivre l'expérience optimale (le *flow* de Csikszentmihalyi, 2004). Conclusion : « Comprendre et développer ses forces du caractère peut nous conduire vers une nouvelle harmonie » (p. 265).

APPRÉCIATION

La force avec soi. Pour une psychologie positive s'adresse à un public cultivé et intéressera également les professionnels de la relation d'aide. Il contient des éléments de traitement de certains troubles (principalement la dépression) et des développements récents de la psychologie positive qui met l'accent sur le développement de soi et le bien-être psychologique. L'ouvrage est bien structuré, bien documenté et se lit avec un intérêt soutenu par les cas étudiés par l'auteur. Une table des matières détaillée compense l'absence d'index puisqu'il est facile de trouver un thème qui nous intéresse. L'ouvrage remplit bien l'objectif formulé par l'éditeur à la quatrième page de couverture : « Jean Cottraux propose une méthode originale de changement personnel qui s'appuie sur un nouvel outil scientifique : la psychologie positive ».

-
1. L'un des *mentras* de Coué s'énonce comme suit : « Tous les jours, et à tous points de vue, je vais de mieux en mieux »!
 2. Pour la pratique de la psychologie positive, on ne saurait trop recommander l'ouvrage exceptionnel de Linley et Joseph (2004).

RÉFÉRENCES

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy*. New York: Freeman.
- Biswas-Diener, R., & Dean, B. (2007). *Positive psychology coaching*. Hoboken: Wiley.
- Comte-Sponville, A. (1995). *Petit traité des grandes vertus*. Paris : Presses universitaires de France.
- Cottraux, J. (2001). *La répétition des scénarios de vie : demain est une autre histoire*. Paris : Odile Jacob.
- Cottraux, J. (sous presse). Medical and pharmacological issues in assessment, conceptualization and treatment. In M. Herson & J. Rosqvist (Eds), *Handbook of assessment, conceptualization and treatment*. New York: Wiley.
- Cottraux, J., & Blackburn, J. M. (2001). *Thérapie cognitive de la dépression*. Paris : Masson.
- Cottraux, J., & Blackburn, J. M. (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. Paris : Masson.
- Coué, É. (1956). *La maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente*. Paris : Éd. J. Oliven.
- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre. Psychologie du bonheur*. Paris : Robert Laffont.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem solving therapy*. New York: Springer.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. New York: Wiley.
- Peale, N. V. (1952). *Positive thinking*. Philadelphia: Running Press.
- Peterson, C., & Park, N. (2005). Classification et évaluation des forces du caractère. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 23-40.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues*. Washington/New York: American Psychological Association/Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Snyder, C. R., & Lopez, S.J. (2007). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Albert Drouin, retraité
Collège St-Jean-sur-Richelieu

Holden, R.¹ (2007). *Happiness now*. London, UK : Hay House (255 pages).

L'AUTEUR

Le psychologue britannique Robert Holden a reçu la formation traditionnelle centrée sur les troubles psychologiques et déplore avoir obtenu un « doctorat en misère humaine ». Évidemment, la psychologie du bonheur n'entrait pas dans le programme de formation, ce thème étant considéré comme « pas sérieux ». D'ailleurs, il n'y a pas si longtemps, la santé mentale n'était-elle pas définie par « l'absence de maladie » ? C'est grâce à la fréquentation de quelques amis que Holden a découvert le côté positif de la nature humaine: l'un l'a initié aux philosophies bouddhiste et

1. Site en ligne le 16 mars 2009 : <<http://www.happiness.co.uk>>.

taoïste; d'autres lui ont fait connaître *A course in miracles*¹ qui contient, selon Holden, une sagesse pérenne et une approche spirituelle inspirante. Influencé également par sa lecture des écrits de Carl Rogers et de Carl Gustav Jung, il a cheminé vers une approche humaniste centrée sur le « potentiel inné » et sur la nécessité de « reconnecter les gens au bonheur ». L'approche de cet auteur est donc très proche de celle de la nouvelle psychologie positive même s'il ne s'y réfère pas directement.

Robert Holden est connu à travers le monde, surtout en Angleterre où il a créé le « Happiness project » qui a donné lieu à des émissions télédiffusées. Il agit comme consultant auprès de nombreuses corporations (dont la BBC) et a publié plusieurs ouvrages, notamment : *Living wonderfully* (1994), *Stress busters* (1998) et *Laughter, the best medicine* (1998), tous trois publiés chez Thorsons, à Londres.

UNE SÉANCE DE PSYCHOTHÉRAPIE

Pour donner un aperçu du contenu et de l'esprit de *Happiness now*, rien de mieux que de rapporter une séance de psychothérapie touchante telle que racontée par Holden (p. 145-146).

Paul est un homme grand, mince, au visage doux et dans la quarantaine. Il participe aux huit sessions du *Happiness project* au cours desquelles il raconte comment il travaille à se sortir de l'alcoolisme. En psychothérapie individuelle, il déclare avoir « tout essayé » pour être heureux, mais que « rien n'a marché ». Il décrit comment, chaque fois qu'il a l'impression de s'approcher du bonheur, « le bonheur fait un pas en arrière ». Le bonheur reste toujours à l'horizon.

Spontanément, je propose à Paul de fermer les yeux et de se représenter le bonheur dont il parle...

- Que vois-tu?
- Je vois une petite lumière au loin ... une très petite lumière au bout d'un long tunnel.

Je suggère à Paul d'imaginer que cette lumière vient vers lui, lentement. Il est d'accord. Comme la lumière s'approche, le corps de Paul se met à trembler.

- Respire profondément, Paul, laisse la lumière s'approcher ...
Je vois des larmes couler sur ses joues.
- Où est la lumière?
- À environ 10 pieds.
- Garde les yeux fermés et respire bien.

1. *A course in miracles* de Helen Schucman (1976) a été publié chez Penguin Arkana; il est distribué par Miracle Distribution Center, 1141 East Ash Avenue, Fullerton, Ca, 92831.

Il laisse la lumière s'approcher; il tremble beaucoup et les larmes coulent abondamment ... Suivant ma suggestion, Paul laisse pénétrer la lumière en lui tout en sanglotant ... Je constate que je pleure aussi ... Puis nous nous trouvons dans les bras l'un de l'autre.

En laissant entrer la lumière, le bonheur n'était plus « ailleurs », il était en dedans. Les tremblements de Paul signalaient sa résistance, le déni du bonheur intérieur et la peine du bonheur cherché à la mauvaise place. Paul a donc fini par accepter un bonheur inconditionnel, celui qu'il avait tant cherché. Au cours des semaines suivantes, des doutes et des peurs sont revenus, mais en refaisant le « voyage de la lumière » et en méditant, Paul et moi nous sommes rappelés que le vrai bonheur est ici et maintenant.

LES CONDITIONS DU BONHEUR

Selon Holden, pour éprouver le bonheur authentique et inconditionnel qui émerge du plus profond de soi, **il faut** :

- se libérer de nombreuses peurs paralysantes, en commençant par la peur du bonheur (*happychondria*);
- éviter les jugements sévères et injustes à propos de soi (et à l'égard des autres), donc cesser de se dévaloriser et de croire qu'on « ne mérite pas » le bonheur;
- cesser de critiquer ou d'évaluer ses émotions, mais plutôt de les reconnaître pour ce qu'elles sont;
- pratiquer le pardon envers soi-même (et à l'endroit des autres);
- demander de l'aide (si nécessaire) et l'accepter;
- permettre au bonheur d'apparaître, lui ouvrir la porte ou enlever ce qui peut « l'éclipser ».

Par contre, **il ne faut pas** :

- l'identifier à l'argent, à la santé ou à l'exercice qui peuvent faciliter la vie, mais ne procurent pas le bonheur;
- l'assimiler à une performance, à un endroit ou à une personne;
- être trop occupé; il faut donc trouver le temps d'être heureux (ne trouve-t-on pas le temps d'être déprimé?);
- avoir honte de soi et se punir;
- chercher la souffrance, car elle « n'achète pas » le bonheur.

LES REPRÉSENTATIONS DU BONHEUR

L'auteur utilise de nombreuses expressions pour désigner le bonheur. En voici quelques unes glanées au fil des pages. Le bonheur est :

- un état d'esprit, un ensemble d'attitudes;
- une décision : « Les circonstances ... donnent de la couleur à la vie ... vous choisissez de quelle couleur elle sera »;

Recensions

- une façon de voyager plus qu'une destination;
- un attribut de l'amour, amour qui doit être communiqué;
- l'acceptation de soi;
- l'expression de son vrai soi;
- à l'intérieur de soi.

Ces trois dernières expressions sont souvent répétées: elles constituent le cœur du livre, l'essentiel du message. Je me permets d'ajouter que l'idée centrale de Holden est admirablement exprimée par Voltaire (1694-1778) qui déclarait : « Le bonheur est là où je suis ». Inutile de le chercher dans l'au-delà ou ailleurs: il est au-dedans de nous. Holden recommande donc une attitude de disponibilité ou d'ouverture vis-à-vis de son soi authentique.

APPRÉCIATION

Se situant dans la mouvance de la psychologie humaniste, *Happiness now* offre des éléments théoriques, des exemples tirés de sessions de groupe et de psychothérapie individuelle, des suggestions d'exercices et d'activités pour la vie quotidienne. Cependant, l'ouvrage ne se limite pas à la psychologie : il comprend des leçons tirées de la philosophie orientale, des poèmes, des méditations et des récits d'expériences personnelles de l'auteur. Ce *self-help book* s'apparente à un compagnon de route, à un livre de chevet que l'on parcourt lentement. Selon Jerry Jampolsky¹, « *Happiness now* offre un passeport, une carte routière, une boussole pour la vraie joie ».

L'écriture de Holden se rapproche du langage parlé grâce auquel il s'adresse directement au lecteur et le relance constamment. Sa pédagogie consiste en une exploration incessante qui fait le tour du sujet, comme le joaillier qui examine le diamant (le bonheur) sous toutes ses facettes. Fort d'une riche expérience, le clinicien Holden connaît la nature humaine et se montre capable de soulager les souffrances des gens, mais surtout de les orienter ou de les réorienter vers le bonheur.

L'auteur s'appuie sur une abondante littérature psychologique, mais il a négligé la mise à jour des références dans la présente édition (aucune référence postérieure à l'an 2000). De plus, certaines de ses définitions ne correspondent pas à nos schèmes habituels. Par exemple, la notion du Moi de Holden ne reflète pas celle de Freud, mais signifie plutôt l'ensemble des apprentissages qui empêchent l'individu d'accéder au bonheur. L'auteur invite donc le lecteur à dépasser le Moi pour découvrir son Soi profond et authentique, la vraie source du bonheur.

1. Cette citation de Jampolsky provient des « éloges » présentés par l'éditeur en première page du livre.

Terminons par une anecdote, à la fois amusante et touchante, racontée par l'auteur (p. 225-227). Holden prend un taxi à Londres. En démarrant, le conducteur lui lance :

« Je te connais, tu es le docteur bonheur »! Un peu plus loin, il ajoute : « J'ai découvert le secret du bonheur ... Le secret du bonheur, c'est un triple pontage coronarien »! Cette sérieuse intervention chirurgicale avait incité cet homme à vendre ses voitures et limousines et à travailler désormais comme salarié. « Maintenant, je suis un homme heureux ... J'ai découvert ce qui est important dans la vie ». Et, se penchant vers Holden, le conducteur devenu hésitant et très sérieux ajoute : « C'est l'amour, n'est-ce pas? L'amour, voilà ce qui est important ». « L'amour, c'est la clé du bonheur », de conclure Holden.

Léandre Bouffard

Université de Sherbrooke

Lecomte, J. (2007). *Donner un sens à sa vie*. Paris : Odile Jacob (326 p.).

Le sens est la plus pressante des questions.
(Albert Camus)

Au sommet de sa vie, Tolstoï était obsédé par la tentation du suicide, car la vie n'avait plus de sens à ses yeux. Il a retrouvé ce sens en s'approchant du menu peuple et en découvrant la foi. Le grand adolescent désespéré qu'était Éric-Emmanuel Schmitt a été « guéri » par la beauté de la musique de Mozart. La vie de Vaclav Havel, grand écrivain tchèque qui a été emprisonné avant de devenir président de son pays, ne saurait s'expliquer sans son expérience intime de « l'horizon absolu de l'Être » et sans son dévouement à l'endroit de son pays. Des parents endeuillés à la suite de la perte d'un enfant retrouvent le goût de vivre grâce aux échanges avec d'autres parents dans le cadre des rencontres des *Amis compatissants du Québec* (Lecomte, p. 187). Ces exemples illustrent l'importance de la question du sens qui peut devenir, dans certain cas, une question de vie ou de mort.

Dans son *Introduction*, Jacques Lecomte présente la « pyramide du sens » formée par les relations humaines, les pensées, croyances et valeurs ainsi que par l'engagement dans l'action. Ces éléments commandent la structure tripartite de l'ouvrage qui compte 11 chapitres. Ces derniers sont précédés d'un *Préambule* bien étoffé qui démontre que la recherche de sens est un besoin essentiel de l'être humain; il explique également que le sens se distingue du bien-être, mais s'allie à lui pour créer le bonheur.

La *première partie* porte sur la composante principale du sens (et du bonheur), les relations affectueuses : l'amour (intimité, passion, engagement) au chapitre 1, l'amitié (communication, entraide, constance) au chapitre 2 et la généricativité, concept présenté naguère par Erikson, au chapitre 3. La *deuxième partie* traite de la deuxième composante du sens — pensées, croyances et valeurs — et débute par la connaissance de soi (chapitre 4) : « Il faut se connaître soi-même ... cela au moins sert à régler sa vie » (Pascal, dans Lecomte, p. 117). Le chapitre 5 explique la quête philosophique et spirituelle associée aux croyances et aux valeurs. Le magnifique chapitre 6 s'intitule « Savourer l'art »; il est bien résumé par cette citation du grand sculpteur Auguste Rodin :

L'art indique aux hommes leur raison d'être. Il leur révèle le sens de la vie, il les éclaire sur leur destinée et par conséquent les oriente dans l'existence. (Lecomte, p. 155)

Le chapitre 7 aborde l'épineuse question de l'importance de *trouver du sens après un traumatisme*. Les psychologues ont d'abord examiné le stress posttraumatique; ils s'intéressent maintenant un peu plus à la « croissance posttraumatique »¹ (par exemple, Tedeschi & Calhoun, 2004). Stroebe et Schut (1999), pour leur part, distinguent deux attitudes complémentaires face à un événement douloureux : un travail sur la perte (le passé) et un travail de « restauration » en vue de réorganiser son existence. Ces mêmes chercheurs ont effectué une « expérience thérapeutique » riche en perspectives d'avenir. Des parents ayant perdu un enfant ont été répartis au hasard dans deux groupes de thérapie : dans le premier, on favorisait l'expression des émotions (correspondant plutôt au mode « féminin » de réaction au deuil); l'autre approche était plutôt axée sur la « gestion » des problèmes associés au deuil (correspondant plutôt à la façon « masculine » de procéder). Les hommes et les femmes qui ont suivi une thérapie conforme à leur manière habituelle de réagir n'ont pas tiré de bénéfice tandis que celles et ceux qui ont bénéficié d'une thérapie « complémentaire » y ont trouvé profit. Une thérapie facilitant l'expression des émotions a été bénéfique pour les hommes tandis qu'une thérapie axée sur la gestion des problèmes a été bénéfique aux femmes. Au chapitre 8, Lecomte présente quelques thérapies fondées sur le sens.

La *troisième partie* porte sur le sens de la vie dans l'action. Au chapitre 9, l'auteur présente l'inspirante expérience optimale, le *flow* de Csikszentmihalyi² (2004). L'intéressant chapitre 10 fait voir comment le travail peut être source de sens et de bonheur. Enfin, le chapitre final

-
1. À ce sujet on peut lire Lecomte (2004) ainsi que Vanistendael et Lecomte (2000).
 2. Cet ouvrage de Csikszentmihalyi (2004) a été présenté par Sylvie Lapierre (UQTR) dans la *Revue québécoise de psychologie* (vol. 25, n° 1). Dans cette même revue, on trouvera également Csikszentmihalyi (2007) ainsi que Csikszentmihalyi, Bouffard et Lucas (2008).

discute de l'interaction entre engagement public et épanouissement personnel, reprenant d'une certaine façon les thèmes abordés dans le numéro spécial de la *Revue québécoise de psychologie* (2007) sur « Le plus grand bonheur pour le plus grand nombre » (vol. 28, n° 1). Ici, la réflexion de J. Lecomte s'inspire de la pensée d'Edgar Morin :

La réforme sociale doit passer par la réforme de l'individu... La réforme sociale est indissociable d'une réforme de civilisation, d'une réforme de vie, d'une réforme mentale, d'une réforme spirituelle. (Lecomte, p. 267)

À ces chapitres, s'ajoutent trois *Annexes* : 1) des définitions du sens de la vie, 2) une brève élaboration des facettes émotives, cognitives et comportementales du sens de la vie et 3) une brève présentation de la psychologie positive¹.

APPRÉCIATION

Donner un sens à sa vie est un ouvrage bien documenté, bien organisé, bien écrit et qui incite à la réflexion sur une question cruciale. J'ajouterais qu'il suscite également l'émotion puisque les chapitres sont agrémentés de cas inspirants. La question initiale « LA vie a-t-elle un sens? » devient « MA vie a-t-elle un sens? » Ainsi, « chacun est appelé à construire pas à pas le sens de sa vie (Lecomte, p. 281). Cet ouvrage sera certainement utile aux professionnels de la relation d'aide et intéressera également tous les humains que nous sommes puisque :

L'essence et la situation de l'homme font qu'il cherche forcément un sens et qu'il agit selon un sens (K. Jasper, 1883-1968, cité par Lecomte, p. 19).

RÉFÉRENCES

- Csikszentmihalyi, M. (2004). *Vivre. Psychologie du bonheur*. Paris : Robert Laffont.
- Csikszentmihalyi, M. (2007). L'expérience optimale (flow) : pour contrer la culture matérialiste et connaître l'enchantement. *Revue québécoise de psychologie*, 28(1), 123-142.
- Csikszentmihalyi, M., Bouffard, L., & Lucas, M. (2008). Un nouveau soi pour le nouveau millénaire. *Revue québécoise de psychologie*, 29(2), 183-204.
- Lecomte, J. (2004). *Guérir de son enfance*. Paris : Odile Jacob.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. W. (1999). The dual process model of coping with bereavement. *Death Studies*, 23, 197-234.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Vanistendael, S., & Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible*. Paris : Bayard.

Albert Drouin, retraité

Collège St-Jean-sur-Richelieu

1. J. Lecomte écrit régulièrement sur la psychologie positive dans le magazine *Psychomédia* et recommande la *Revue québécoise de psychologie* « la principale publication universitaire francophone accueillant des textes de psychologie positive », par exemple, le numéro spécial de 2005 (vol. 26, n° 1). Jacques Lecomte prépare actuellement un ouvrage collectif sur la psychologie positive qui devrait paraître chez Dunod, vers la fin de 2009.

Rubin, G. (2008). *Il faut aider les pères*. Paris : Payot (233 pages).

Présenté en format de poche, le livre *Il faut aider les pères*, écrit par Gabrielle Rubin, psychanalyste, soumet un ardent plaidoyer en faveur des pères de qui on exige, selon les propos de l'auteure, « l'impossible ». Pour faire suite à l'introduction qui situe les malaises de la société dans la violence qui ne cesse d'augmenter, l'auteure propose cinq chapitres intitulés : *Fantasme et réalité*; *L'évolution de l'imaginaire du père et ses causes*; *L'indispensable rôle du père*; *L'avidité destructrice et l'écologie* ainsi que *Différencier les rôles sociaux des rôles familiaux*.

Dès l'introduction, Rubin fait ressortir à juste titre « qu'il existe une réelle supériorité de l'enfant sur ses parents » (p. 17) tout simplement parce que les jeunes d'aujourd'hui maîtrisent très bien et très rapidement tout ce qui concerne les technologies audiovisuelles, ce qui n'est pas le cas de certains parents qui semblent dépassés par ces technologies; elle suggère alors de «mettre au monde le père du XXI^e siècle » (p. 18).

Pour illustrer ses propos, l'auteure décrit, dans le premier chapitre (*Fantasme et réalité*), les trois réalités qui façonnent l'être humain : la première est sensuelle et fait appel à notre perception du monde par les sens, la seconde est scientifique et s'appuie sur des raisonnements intellectuels et sur des instruments pour vérifier la crédibilité des avancées et, enfin, la troisième est psychique et fait appel au monde inconscient.

Pour expliquer le rôle du père dans l'évolution de l'humanité, l'auteure fait aussi référence à l'histoire des rois de France et aux élus de la papauté, en nous rappelant que, parmi ceux-ci, plusieurs furent des êtres ignobles, féroces, débauchés, pratiquant l'inceste, la torture et ne reculant devant rien pour obtenir ce qu'ils souhaitaient. Par ailleurs, dans ses propos, Gabrielle Rubin trace aussi un parallèle entre le portrait du père ancien et l'image du père actuel (*L'évolution de l'imaginaire du père et ses causes*), père nourricier dévoué à ses enfants, et s'interroge sur « cet affaissement du père »; elle souligne l'importance, pour ne pas dire l'urgence, de restaurer l'image du père et décrit les renoncements (ce qui est permis et interdit est appris et non inné chez notre espèce) que le jeune fait en vieillissant lorsqu'il délaisse les bras maternels et paternels pour apprendre, entre autres, à marcher, à lire et à écrire.

Au chapitre trois (*L'indispensable rôle du père*), l'auteure traite de ce qui est inné et de ce qui est acquis, autant chez les animaux que chez les humains, et dépeint le rôle essentiel du père dans l'apprentissage de la vie en société. Puis, au chapitre 4 (*L'avidité destructrice et l'écologie*), Rubin

mentionne que « c'est au père que revient la redoutable charge de faire de ses enfants des citoyens de la Terre, des hommes et des femmes qui auront compris que leur sort est intimement lié à celui de la planète et à celui de tous les êtres qui y vivent » (p. 178). Le discours du chapitre 5 (*Différencier les rôles sociaux des rôles familiaux*) est consacré à « retrouver la place primordiale (*du père*) qui doit être la leur, cela pour le bien-être des enfants autant que pour celui de la société tout entière. » (p. 228-229).

Par ailleurs, comme elle le mentionne, l'affection des parents s'exprime autrement lorsque l'enfant vieillit; mais, il *est essentiel* qu'elle soit là, constante et chaleureuse, quels que soient les aléas de la vie. L'adolescence (que l'auteure appelle *crise*) est, à notre avis, une période tourmentée, mais aussi une étape fabuleuse où le jeune fait ses propres expériences (qui ne sont pas toujours faciles) et développe des habiletés qui peuvent le placer en situation avantageuse par rapport à ses parents. Ainsi, quel plaisir d'observer la fierté du jeune lorsqu'il constate qu'il en sait plus que ses parents dans certains domaines. Est-ce si menaçant pour les parents? Nous ne le croyons pas; nous pensons que c'est plutôt très satisfaisant. Gabrielle Rubin souhaite aussi que « leurs rôles (père et mère) puissent être dissemblables à l'intérieur de la famille mais identiques à l'extérieur... » (p. 215). Jusqu'à notre époque, en effet, une telle différenciation ne s'imposait pas, puisque le rôle et le sexe étaient confondus: le père était l'homme et représentait le masculin, tandis que la mère était la femme et représentait le féminin: le père était « tout naturellement » le chef de la famille, le chef des armées, le chef de l'État et le patron des biens familiaux, tandis qu'à la mère incombaient l'éducation des jeunes enfants et la charge de la maison. Or, dit l'auteure, « La société a changé, il nous faut changer avec elle, et donc scinder les rôles, si l'on veut sauver l'idée symbolique de père et de mère, car c'est en effet cela qui doit rester immuable. » (p. 215)

Ce livre format de poche est intéressant, car il explique selon une expertise psychanalytique les changements sociaux sur le plan des rôles paternel et maternel. Toutefois, il est dommage qu'il n'intègre pas les nouvelles réalités sociales, soit les familles constituées de deux parents féminins ou masculins, le fait que la mère soit l'unique pourvoyeuse et que le père demeure à la maison et les situations familiales où l'un des deux parents élève seul un ou des enfants.

Huguette Bégin
Université de Montréal

Wilson, E.G. (2008). *Against happiness. In praise of melancholy*. New York: Sarah Crichton Book / Farrar, Straus and Giroux (166 pages).

Eric Wilson, professeur de littérature anglaise à l'Université de la Caroline du Nord (Winston-Salem), lance ses traits enflammés dès les premières lignes :

Nous sommes en train d'éradiquer une force culturelle majeure, une grande source d'invention, la muse à l'origine de l'art, de la poésie et de la musique ... Nous sommes en train d'annihiler la mélancolie (p. 4).

Comment? Par notre « obsession du bonheur », une obsession bien américaine qui pourrait conduire à « l'extinction de l'impulsion créatrice », une extinction aussi horrible que celles qui pourraient être causées par le réchauffement global ou la prolifération des armes nucléaires.

Quelle est la cause de cette forme d'apocalypse? Wilson accuse la « nouvelle science » du bonheur dont les livres remplissent les rayons des librairies. Cette science — qui nourrit également la pop psychologie — fait la surenchère du bonheur, s'associe à la culture populaire du « *dont worry, be happy* », dévalue la tristesse et expurge la mélancolie par la pilule du bonheur (comme dans « Le meilleur des mondes »). Ce faisant, la nouvelle culture nous fait perdre une partie essentielle de la vie puisque celle-ci « consiste en une polarité durable et vitale entre l'agonie et l'extase » (p. 7).

Wilson veut être clair; il précise qu'il s'en prend au « type américain du bonheur »; il ne rejette pas la vraie joie et ne veut pas « romantiser » la dépression clinique qu'il faut soigner. Comme un vrai humaniste, il cherche « une vie plus profonde ». Il s'oppose donc au bonheur du confort superficiel et du simple contentement; il recherche une vie qui fasse place à cette mélancolie qui « engendre un sentiment profond ... une turbulence du cœur qui provoque une remise en question du statu quo, un intense désir de créer de nouvelles façons d'être et de voir » (p. 8).

Tout au long du livre, Wilson s'en prend au « happy type », à ce type de personne qui s'accroche le sourire au visage (comme celui de la fameuse affiche du « Bonhomme sourire »). Pour l'auteur, les gens de ce type :

- murmurent des truismes à propos de l'adversité;
- disent qu'ils aiment leurs parents, leurs animaux domestiques et tous les enfants;
- dévorent les *bestsellers* traitant de la sagesse des enfants et des *coaches*;

- souhaitent que Dieu bénisse l'Amérique;
- pensent que les mots gentils font de bons échos;
- ne jurent que par la pensée positive de Norman Peale;
- mangent de la dinde pour *Thanksgiving*...

et la diatribe continue avec une verve intarissable.

Conformément au sous-titre de son livre, Wilson ne tarit pas d'éloges pour la mélancolie.

Glanés tout au long de l'ouvrage, voici quelques exemples des bons effets de la mélancolie identifiés par l'auteur. La mélancolie :

- ouvre la porte au sublime;
- suscite des *insights* ... une nouvelle connaissance de nous-mêmes et du monde;
- invite à sonder les abysses ténébreux du cœur humain;
- incite à une méditation sur la mort et à prendre conscience du rapide passage du temps (*tempus fugit*), ce qui provoque un puissant désir de vie intense (*carpe diem*);
- aide à définir notre identité, à saisir notre soi essentiel
- facilite le renouveau spirituel et fait surgir le sacré
- favorise le mariage des antinomies, une fusion des polarités, une synthèse turbulente
- fait découvrir la complexité de l'existence et du cosmos;
- est un signe de grâce intellectuelle;
- et, par-dessus tout, elle rend créatif.

Curieusement, ou ironiquement, le vrai chemin (« la voie royale », comme dirait Freud) pour la joie extatique, c'est la mélancolie intense, non pas la satisfaction tiède du « bonheur américain » (p. 146). Il est certain que les plaisirs fugaces ne procurent pas le vrai bonheur, mais je doute que les cliniciens qui rencontrent des clients connaissant cette « mélancolie intense » y verraient autant de bienfaits.

Tout au long de son livre, Wilson présente un grand nombre de « ces âmes mélancoliques qui ont consacré leur vie à la création de la beauté quel qu'en soit le coût » (p. 105). Que ce soit des *peintres* comme Goya, Pollock, Van Gogh et Rothko (ces deux derniers se sont suicidés), des *poètes* comme Blake, Keats et Coleridge qui a sombré dans l'alcool et les drogues, des *compositeurs* comme Beethoven, Tchaïkovski et Haendel (qui a composé le « Messie » après une longue période sombre), des *écrivains* comme Tolstoï, Melville, Gérard de Nerval et Virginia Wolf (ces deux derniers se sont suicidés), des *compositeurs interprètes* populaires comme Joni Mitchell, Bruce Springsteen et John Lennon (qui a beaucoup souffert du départ de son père et de la perte de sa mère), sans parler de

personnalités éminentes comme Martin Luther, Kierkegaard, Napoléon, Churchill, Newton et Carl Gustav Jung.

L'idée d'une association entre mélancolie et créativité¹ remonte à Aristote qui reconnaît que tous les hommes hors du commun sont des mélancoliques. Dans l'Antiquité, la mélancolie était considérée comme un trouble physiologique provenant d'un excès de bile noire (selon la théorie du temps qui identifiait quatre humeurs associées au sang, au flegme, à la bile jaune et à la bile noire). Au 15^e siècle, Ficino ajoute une dimension astrologique selon laquelle les mélancoliques sont nés sous le signe de Saturne. La Renaissance a été l'âge d'or de la mélancolie; on la considérait alors comme un trouble psychologique. À la période romantique, l'idée d'un lien entre la mélancolie et la création artistique devient très à la mode. Wilson nomme plusieurs auteurs britanniques qui ont chanté la mélancolie à cette époque, comme Keats avec son « Ode à la mélancolie ». L'auteur ne parle pas de littérature française, mais nous pourrions ajouter Chateaubriand, Musset, Lamartine, Rimbaud et, au Québec, le jeune poète Émile Nelligan.

QUE PENSER DE CETTE ASSOCIATION ENTRE MÉLANCOLIE ET CRÉATIVITÉ?

Wilson admet que « tous les innovateurs ne sont pas mélancoliques et que tous les mélancoliques ne sont pas innovateurs » (p. 148). Néanmoins, il affirme que l'association est évidente, importante et « démontrée scientifiquement ». Pareille affirmation soulève le doute : est-ce que les poètes, compositeurs et autres ont été créateurs *parce qu'ils* étaient mélancoliques ou *malgré* le fait qu'ils l'étaient? Ne pourrait-on pas penser que les individus créatifs ont pu éprouver de la tristesse à cause d'un tempérament prédisposé à pareil sentiment ou à cause des *conditions* qui leur étaient faites, conditions qui — admettons-le — n'ont pas toujours été faciles? Avec ce que nous apprennent les études sur la résilience, il semble bien que les gens qui ont vécu un traumatisme — et sans doute ceux aux prises avec la mélancolie — peuvent trouver une façon de s'en sortir par l'expression artistique. Cependant, le travail de création lui-même est une source d'épanouissement et apporte également une grande satisfaction. De plus, Bianchi (2006) a démontré que l'étincelle de la créativité jaillit plus facilement dans un contexte de bonheur. Fredrickson (2008), pour sa part, a démontré dans de nombreuses études, que les émotions positives « élargissent » nos pensées de même que le répertoire de nos actions, autant de conditions qui favorisent l'adaptation, le *coping* et la créativité.

1. Pour la rédaction de ce paragraphe, je me suis inspiré de Sullivan (2008) et du grand classique de Klibansky, Panofsky et Saxl (1989).

La littérature scientifique ne soutient pas l'association mélancolie — créativité (Lubart, 2003). Si certaines recherches appuient cette thèse, plusieurs autres l'infirmant. Par exemple, Simonton (2005) considère que « la créativité partage certaines dispositions et certains traits cognitifs avec des symptômes de pathologie, mais qu'il est peu probable qu'il s'agisse d'une relation causale ». Csikszentmihalyi (2006), qui a longuement examiné la question, doute qu'il soit possible d'identifier une « personnalité créative ». Il reconnaît qu'une certaine prédisposition génétique peut faire naître un intérêt pour un domaine particulier; par exemple, un individu doté de l'oreille absolue pourra choisir la musique; par contre, Beethoven était sourd lorsqu'il composa ses plus grandes œuvres. Il a observé chez les nombreux créateurs qu'il a interrogés une grande adaptabilité et une grande curiosité, mais c'est bien peu. « On ne revêt pas le manteau de la créativité, ajoute-t-il, en adoptant un certain style de personnalité » (p. 60), pas plus le style mélancolique que les autres.

La caractéristique fondamentale que Csikszentmihalyi a trouvée chez les personnes créatives, c'est la *complexité*; ces personnes présentent des tendances contradictoires, elles sont capables d'extrêmes. Ces personnes sont des « multitudes » : énergiques et tranquilles, intelligentes et naïves, fantaisistes et disciplinées, imaginatives et pratiques, passant de l'introversion à l'extraversion, capables de vivre leur côté *masculin* et leur côté *féminin*, passionnées et objectives, connaissant de grandes souffrances et de grandes joies (Csikszentmihalyi, 2006, p. 61-75). Ici, nous rejoignons une thèse importante de Wilson selon laquelle il importe de vivre nos antagonismes et nos polarités, car en nous limitant à une recherche exclusive du côté positif (ou rose) des choses, nous ne vivons qu'une « demi-vie ». Mais cet auteur semble aller trop loin en faisant de la mélancolie une condition de la créativité.

Le romantisme des 18^e et 19^e siècles a cultivé l'image du poète ou de l'artiste mélancolique qui expose son spleen et « porte son cœur dans une écharpe », comme on le disait de Chateaubriand. Cependant, Csikszentmihalyi (2006) de même que Gardner (1993) considèrent que la créativité ne s'explique pas uniquement par la personnalité, mais qu'elle résulte des *interactions de trois éléments* : une *culture* dotée de règles symboliques, des *experts* d'un domaine qui reconnaissent et valident l'innovation et une *personne* qui introduit une nouveauté dans le domaine en question. La personnalité ne peut donc pas tout expliquer dans le domaine de la création.

Il semble bien que « le stéréotype du génie torturé est essentiellement un mythe créé par l'idéologie romantique, confirmé par un certain nombre de cas... mais surtout par des circonstances historiques particulières » (Csikszentmihalyi, 2006, p. 23). Ce chercheur rapporte également l'opinion

du grand écrivain canadien anglais Robertson Davies qui considère comme « absurde » l'opinion de certains de ses collègues qui cultivent une « vision pessimiste et tragique de la vie ». Pour Csikszentmihalyi, comme pour de nombreux créateurs, on ne peut expliquer la créativité sans tenir compte de la joie et de l'épanouissement qu'elle procure.

CONCLUSION

Eric Wilson peut être rassuré. La vraie science du bonheur n'identifie pas celui-ci aux plaisirs passagers ou au simple contentement. Seligman (2004), par exemple, a bien expliqué que le bonheur implique une vie *engagée* et *signifiante*. De plus, si les tenants de la psychologie positive insistent sur le côté positif de la vie humaine (découverte et usage de ses forces personnelles, actualisation de soi, bonheur pour tous), c'est en vue d'assurer un *équilibre* dans la compréhension du comportement humain puisque la psychologie traditionnelle s'était trop exclusivement attardée aux troubles psychologiques.

Nous sommes donc bien d'accord avec l'idée que la vraie vie implique l'expérience de joies et de tristesses et qu'une centration exclusive sur le bonheur — surtout le « bonheur américain » dont parle Wilson — ne peut qu'engendrer une « demi-vie ». Cependant, la grande majorité des créateurs ne sont pas des génies torturés. Si certains grands mélancoliques ont produit de grandes œuvres, c'est tant mieux pour l'humanité; mais il semble bien qu'il ne soit pas nécessaire de l'être. Les psychologues peuvent et doivent continuer à traiter la dépression (cette forme intense de mélancolie), mais aussi contribuer à améliorer la santé psychologique des gens. Nous n'avons pas à être contre le bonheur!

RÉFÉRENCES

- Bianchi, A. (2006). In the mood for creativity. *Stanford Social Innovation Review*, 4(1), 9-11.
- Csikszentmihalyi, M. (2006). *La créativité*. Paris : Robert Laffont.
- Fredrickson, B. (2008). Promoting positive affect. In M. Eid & R. J. Larsen (Éds), *The science of subjective well-being* (p. 449-468). New York: Guilford.
- Gardner, H. (1993). *Creating minds*. New York: Basic Books.
- Klibansky, R., Panofsky, E., & Saxl, F. (1989). *Saturne et la mélancolie*. Paris : Gallimard.
- Lubart, T. (2003). *Psychologie de la créativité*. Paris : Armand Colin.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Le bonheur authentique*. Québec : Art de s'approprier.
- Simonton, D. K. (2005). Are genius and madness related? *Psychiatric Times*, 1^{er} juin.
- Sullivan, E. (2008). Melancholy, medicine and the arts. *The Lancet*, 372(9642), 884-885.

Léandre Bouffard
Université de Sherbrooke

Zimbardo, P. et Boyd, J. (2008). *The time paradox¹. The new psychology of time that will change your life*. New York: Free Press (358 pages)

INTRODUCTION

Ceux qui regardent uniquement le passé ou le présent sont certains de rater l'avenir.

(J. F. Kennedy cité par Zimbardo et Boyd, p. 135)

Cette citation de J. F. Kennedy synthétise bien l'essentiel de la pensée des auteurs qui ont pour objectif d'aider les gens à développer des perspectives temporelles équilibrées, favorables au bon fonctionnement et porteuses de bien-être. L'équilibre en matière de temps implique que l'individu vive dans le présent, qu'il profite des expériences passées et anticipe la réalisation de buts personnels dans l'avenir. La focalisation exclusive ou trop intense sur le passé, le présent ou l'avenir est source de nombreux problèmes, comme c'est le cas, par exemple, des délinquants qui vivent dans le présent sans prendre conscience des conséquences de leurs actions.

LES AUTEURS ET LEURS SOURCES

Philippe Zimbardo, professeur émérite de l'Université de Stanford, est bien connu pour ses nombreuses publications et surtout pour la fameuse expérience de la prison simulée de Stanford, en 1971, dont il a fait un compte-rendu détaillé après plus de trois décennies de réflexion (*The Lucifer effect²*, 2007). Il a récolté de nombreuses distinctions et a été président de l'APA (2002). John Boyd a obtenu son doctorat en psychologie en 1999 de l'Université de Stanford où il a travaillé sous la direction de Zimbardo. Il a contribué à la mise au point du *Zimbardo Time Perspective Inventory* (ZTPI) dont nous reparlerons plus loin. Son principal travail consiste à appliquer la science à la pratique en agissant comme consultant et directeur de recherche pour des firmes comme Yahoo et Google.

Ces experts de l'étude du temps présentent dans *The time paradox* une synthèse des recherches dans ce domaine, une réflexion sur l'importance et l'influence du temps dans notre vie et des suggestions pratiques pour que le temps « travaille pour nous » (p. 187). Pour la rédaction de leur ouvrage, Zimbardo et Boyd ont profité des acquis des

-
1. Site web visité le 24 février 2009 : <<http://www.timeparadox.com>>.
 2. *Lucifer effect* a été présenté dans la *Revue québécoise de psychologie*, 2008, 29(1), 262-270.

pionniers dans la recherche sur la psychologie des perspectives temporelles, par exemple :

- Lewin (1948) qui a défriché le domaine et particulièrement insisté sur l'importance du futur;
- Fraisse (1957) qui a travaillé sur la perception du temps et « l'horizon temporel »;
- Shostrom (1974) qui a mis au point le *Personal Orientation Inventory* et introduit la notion de « compétence temporelle » qui correspond à l'équilibre des perspectives temporelles dont parlent Zimbardo et Boyd;
- Melges (1982) qui a exploré les troubles psychologiques associés aux perspectives temporelles;
- Nuttin (1964, 1980) qui a introduit des distinctions essentielles dans le domaine : l'*orientation* temporelle dominante (ce dont traite principalement le présent ouvrage), l'*extension* temporelle et l'*attitude* affective à l'égard des trois dimensions temporelles. Il a également insisté sur les aspects motivationnels des perspectives temporelles et en particulier sur la perspective future qui constitue « notre espace motivationnel fondamental » (cité par Zimbardo et Boyd, 1999, p. 177).

CONTENU DE L'OUVRAGE

La première partie compte six chapitres et s'intitule « Comment travaille le temps ». Le premier chapitre, « Le temps est important », nous rappelle les grands principes relatifs au temps :

- il est limité et sa perception est relative;
- nos attitudes à l'endroit du temps sont fondamentales, car elles influencent grandement notre vie;
- nous sommes gestionnaires de notre temps;
- nous sommes souvent pressés par le temps;
- nous pouvons modifier nos perspectives temporelles, même si ce changement est difficile.

Le chapitre 2 donne un aperçu général de l'évolution des perspectives temporelles au cours de l'histoire de l'humanité et présente le *Zimbardo Time Perspective Inventory* (ZTPI) décrit dans l'Encadré 1. Les chapitres 3, 4 et 5 portent respectivement sur le passé, le présent et le futur : avantages associés au caractère modéré de chaque perspective temporelle et inconvénients reliés à une trop grande intensité de chacune d'elles. Par exemple, une perspective future exagérée incite l'individu à négliger le présent (famille, loisirs, sexualité) pour atteindre le succès. Ces chapitres offrent également des exercices pour corriger une perspective temporelle exagérée et atteindre ainsi l'équilibre proposé. Le chapitre 6 provient du travail de Boyd sur le « futur transcendantal ». Constituée à partir de croyances religieuses ou de principes séculiers, cette perspective

Encadré 1

Le *Zimbardo Time Perspective Inventory* (ZTPI)
(Zimbardo et Boyd, 1999)

L'inventaire compte 56 items auxquels le participant répond grâce à une échelle en cinq points. Il a été traduit en plusieurs langues, est utilisé dans plusieurs pays et a été appliqué à plusieurs types de groupes (majoritairement des étudiants). Il fait preuve des qualités métriques requises. Les réponses permettent de distinguer six perspectives temporelles : passé positif, passé négatif, présent fataliste, présent hédoniste, futur et futur transcendantal. Elles permettent également de découvrir la perspective dominante d'un individu ou d'un groupe, ce qui en fait un instrument utile pour la clinique et la recherche. Tel que mentionné dans l'Introduction, les auteurs plaident pour des perspectives équilibrées comprenant un passé positif élevé, un présent hédoniste modéré et un futur modéré, ce dernier étant associé à un grand nombre de bénéfices. Pour plus d'information sur le ZTPI, voir le site www.timeperspective.com. Pour la traduction française, voir Apostolidis et Fioulaine (2004) : l'inventaire y est présenté en annexe.

temporelle qui dépasse la vie individuelle peut néanmoins influencer grandement la vie actuelle de l'individu. Ainsi, certains se privent de plaisirs immédiats pour la vie éternelle, tandis que d'autres travaillent pour un développement durable par respect pour les générations futures.

La deuxième partie compte également six chapitres et s'intitule « Pour que le temps travaille pour nous ». Le chapitre 7, « Le temps, le corps et la santé », explique le fonctionnement du cerveau en relation avec l'équilibre (et le déséquilibre) des perspectives temporelles. Les auteurs expliquent également l'influence des perspectives temporelles (l'orientation future, en particulier) sur le contrôle du poids, le *gambling* et le stress. Le chapitre 8, « Le cours du temps », présente l'évolution des perspectives temporelles au cours de la vie et particulièrement au cours de la retraite. Ici, Zimbardo décrit sa propre expérience de la retraite et rapporte avec humour que sa collègue Laura Cartensein (spécialiste de l'étude du temps chez les personnes âgées) l'utilise comme modèle! Au chapitre 9, « Amour et bonheur », les auteurs discutent des ajustements exigés dans les couples où les perspectives temporelles diffèrent, ce qui est souvent le cas. Ensuite, ils font voir comment chaque dimension temporelle offre de nombreuses possibilités de bonheur¹. Le chapitre 10, « Les affaires, la politique et le temps », fait voir des implications intéressantes des perspectives temporelles en matière de placements financiers, de

1. Dans cette section sur le bonheur, les auteurs recommandent deux ouvrages fort intéressants : Lyubomirsky (2007) présenté dans la *Revue québécoise de psychologie*, 29(3), 266-269 et Gilbert (2006) également présenté dans la même revue, 28(1), 280-282.

leadership, d'entrepreneurship et dans le domaine de la politique. On saisit mieux la complexité — et l'inefficacité — des politiques environnementales lorsqu'on comprend qu'en ce domaine, les solutions impliquent le long terme alors que la majorité des gens vivent dans le présent ou le court terme.

Au chapitre 11, « Pour des perspectives temporelles équilibrées », Zimbardo et Boyd proposent ce qu'ils considèrent comme le *profil optimal* des perspectives temporelles : passé positif élevé, orientation future modérée et présent hédoniste modéré. Ils ajoutent d'autres exercices¹ à ceux déjà présentés en vue d'aider le lecteur à atteindre la « compétence temporelle » dont a parlé Shostrom (1974). Le court chapitre 12 revient sur l'idée que « Le temps importe vraiment » dans notre vie et se conclut ainsi :

Le temps vous donne trois possibilités d'être heureux : une perspective positive du passé vous permet de revivre le bonheur d'antan lorsque vous en faites le rappel; un présent hédoniste vous permet de vous immerger dans le bonheur actuel et une perspective future vous permet de planifier le bonheur à venir (p. 318).

APPRÉCIATION

« Le temps est à l'humain ce que l'eau est au poisson² » (June Cohen), un élément vital dont on ne prend pas nécessairement conscience. Ce livre nous aide à en découvrir ou en redécouvrir l'importance et l'influence qu'il exerce dans notre vie de même que de l'utilisation judicieuse que nous devrions en faire.

The time paradox intéressera le psychologue, chercheur et clinicien, mais aussi un large public cultivé. En effet, cet ouvrage nous rejoint d'abord comme personne. Qui n'a pas de souvenirs pénibles à « reconsidérer »? Qui ne se sent pas pressé par le temps? Qui n'est pas aux prises avec les conséquences d'actions posées inconsidérément? Qui n'a pas l'impression d'avoir « oublié » de vivre ici et maintenant, obsédé par la poursuite d'une carrière?

L'ouvrage se lit bien, suscite la réflexion, invite à l'action et au progrès personnel tout en se fondant sur une base scientifique. Il contient un index et 18 pages de notes qui fournissent moult références. Personnellement, je recommanderais quelques lectures complémentaires :

1. Une équipe québécoise a mis au point un programme centré sur la poursuite des buts et projets personnels. Cette intervention centrée sur le futur a aidé les participants à réaliser leurs objectifs et à améliorer leur bien-être subjectif (Dubé, Bouffard, Lapierre et Alain, 2005).
2. Citation publiée par l'éditeur dans la page de garde.

- Keough, Zimbardo et Boyd (1999), sur les relations entre les perspectives temporelles et les dépendances (tabac, alcool et drogues).
- Epel, Bandura et Zimbardo (1999), sur l'influence du sentiment d'efficacité personnelle et des perspectives temporelles pour quitter l'itinérance.
- Boniwell et Zimbardo (2004), qui présentent une synthèse du présent ouvrage.

RÉFÉRENCES

- Apostolidis, T., & Fieulaine, N. (2004). Validation française de l'échelle de temporalité. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54(3), 207-217.
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. (2004). Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning. In P. A. Linley et S. Joseph (Éds), *Positive psychology in practice*. New York: Wiley.
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S., & Alain, M. (2005). La santé mentale par la gestion des projets personnels : une intervention auprès de jeunes retraités. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 321-344.
- Gilbert, D. (2006). *Stumbling on happiness*. New York: Knopf.
- Epel, E. S., Bandura, A. & Zimbardo, P. (1999). Escaping homelessness: The influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 575-596.
- Fraisse, P. (1957). *Psychologie du temps*. Paris : Presses universitaires de France.
- Keough, K. A., Zimbardo, P., & Boyd, J. (1999). Who's smoking, drinking and using drugs? Time perspective as a predictor of substance use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 149-164.
- Lewin, K. (1948). Time perspective and morale. In G. W. Lewin (Éd.), *Resolving social conflicts* (pp. 103-124). New York: Harper.
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness*. New York: Penguin.
- Melges, F. T. (1982). *Time and the inner future*. New York: Wiley.
- Nuttin, J. (1964). The future time perspective in human motivation and learning. *Acta Psychologica*, 23, 60-82.
- Nuttin, N. (1980). *Motivation et perspectives d'avenir*. Louvain : Presses universitaires de Louvain.
- Shostrom, E. L. (1974). *Manual for the personal orientation inventory*. San Diego: Educational testing service.
- Zimbardo, P. (2007). *The Lucifer effect*. New York : Random House.
- Zimbardo, P., & Boyd, J. (1999). Putting time in perspective: A valid reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.

Léandre Bouffard
Université de Sherbrooke

Paris, G. (2009). *La sagesse des larmes. Juste assez de psy pour s'en sortir*. Montréal : Les Éditions de l'homme (208 p.).

À la suite de deux épreuves fort pénibles, l'auteure, qui est psychologue, redécouvre « l'expérience thérapeutique » et s'interroge sur « la psychologie des profondeurs » ainsi que sur la difficulté de « guérir cette peur de la liberté qui nous fait donner aux autres un énorme pouvoir sur nous » (p. 14). Les titres des 12 chapitres sont très imagés; par exemple, *La fable du petit enfant qui voulait devenir grand (chapitre 1)* illustre la façon dont le jeune enfant, à travers les épreuves de la vie, découvre et apprend à respecter les lois que ses aînés ont élaborées ou encore *La virtualité de la vie psychologique (chapitre 4)* montre jusqu'à quel point les professionnels de la santé ont médicalisé la souffrance psychologique. Par ailleurs, le chapitre 5, *Guérir: le modèle médical*, rappelle que la «psychothérapie s'est développée à partir d'un modèle de progrès médical » (p. 91) et que, «dans la mesure où la thérapie est imaginée comme un moyen de guérir la blessure de l'âme comme s'il s'agissait d'une maladie, le processus diagnostique devient de plus en plus technique, une technique médicale comme une autre, possiblement remplaçable par un bon logiciel basé sur le DSM» (p. 94).

Le chapitre 6, *Investir dans sa thérapie : le modèle économique* et le chapitre 7, *Le modèle juridique de l'arbitrage* sont écrits avec beaucoup d'humour. L'auteure fait ressortir, « qu'il arrive que l'on veuille analyser pour ne pas entendre, interpréter pour justifier notre paresse de ne rien vouloir savoir de neuf » (p. 119). Par la suite, dans le chapitre 8, *Le modèle de la rédemption : Dieu est mort mais le deuil n'est pas fini*, Paris réfère à Camus et Sartre en considérant « l'exploration de l'inconscient comme une invitation à voyager ailleurs que dans les territoires de l'ego, pour élargir le panorama » (p. 123).

Le chapitre 9 (*Mon frère, le philosophe de la famille*) nous entraîne dans la dynamique familiale de l'auteure en nous expliquant comment son frère, philosophe, «se servait de la philosophie pour penser les problèmes psychologiques» (p. 147). Dans le chapitre 10 (*Le virtuel n'est pas que digital*), Ginette Paris écrit que « nous vivons tous dans un monde virtuel parce que nous fabriquons sans cesse les symboles qui donnent un sens à ce que nous faisons chaque jour » (p.155); elle remet d'ailleurs en question le langage ésotérique utilisé par les psychologues dans leurs communications orales et écrites. Les chapitres 11 et 12, intitulés respectivement *Image optique et image intérieure* ainsi que *La joie nous en apprend davantage que la tristesse*, nous rappellent que les deux maux les plus répandus dans notre monde moderne sont l'angoisse et la dépression; toutefois, l'auteure affirme que, dans la vie, il importe plus que

tout de se découvrir, de se connaître, de se respecter et de faire des choix libres.

En résumé, ce livre écrit avec humour et intelligence nous livre une histoire de vie touchante où les dimensions respect de soi et d'autrui, sagesse et maturité sont des valeurs importantes qu'il ne faut pas négliger autant dans notre vie personnelle que dans notre vie professionnelle.

Huguette Bégin
Université de Montréal

PROCHAINS NUMÉROS À PARAÎTRE

- La poursuite des buts personnels
- Art thérapie
- L'attention
- Le sommeil
- La troisième génération de thérapie cognitive et comportementale

**Vous désirez soumettre un article,
visitez le site de notre *Revue*
www.rqpsy.qc.ca**

DERNIERS NUMÉROS PARUS

En 2008

- À propos de la schizophrénie, 29(1)
- L'utilisation des méthodes projectives, 29(2)
- Jeunes et agressions sexuelles : modalités et évaluation de l'intervention, 29(3)

En 2007

- Le plus grand bonheur pour le plus grand nombre, 28(1)
- La cyberpsychologie, 28(2)
- La parentalité, 28(3)

En 2006

- La garde partagée en question, 27(1)
- Offres et demandes de services psychologiques en CLSC, 27(2)
- Mémoire et intervention, 27(3)

En 2005

- La psychologie positive, 26(1)
- La souffrance, 26(2)
- Les troubles envahissants du développement, 26(3)

En 2004

- L'humour, 25(1)
- Défis posés par les pathologies, 25(2)
- La formation en psychologie, 25(3)

**Pour les numéros plus anciens,
visitez le site de notre *Revue*
www.rqpsy.qc.ca**

