

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESAI DE 3^E CYCLE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

(PROFIL INTERVENTION)

OFFERT À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

PAR

STÉPHANIE AUDET, B.A. psy.

ASSOCIATIONS ENTRE L'ESTIME DE SOI, LE COPING ET LES
MANIFESTATIONS ANXIO-DÉPRESSIVES CHEZ DES ADOLESCENTS

JUIN 2015

Sommaire

La documentation sur les facteurs contribuant directement au développement de la dépression et de l'anxiété chez les adolescents est abondante. Il existe toutefois moins d'information au sujet des processus qui contribuent au développement de ces pathologies. L'objectif de l'étude actuelle est d'évaluer le rôle médiateur des stratégies de coping émotionnel et traditionnel dans la relation entre l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux chez les adolescents. Cette étude à devis transversal a été réalisée auprès de 408 étudiants âgés entre 13 et 18 ans. Les participants ont complété un questionnaire auto-rapporté mesurant les variables à l'étude. Des analyses de médiation multiple ont été réalisées pour vérifier le rôle médiateur du coping dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes anxio-dépressifs. Les résultats ont révélé que l'estime de soi était associée négativement aux symptômes dépressifs et anxieux. Bien que des associations directes aient été obtenues entre l'estime de soi et le coping émotionnel, ainsi qu'entre le coping émotionnel et les symptômes dépressifs et anxieux, le coping émotionnel n'était pas un médiateur significatif de la relation entre l'estime de soi et la dépression, ni de la relation entre l'estime de soi et l'anxiété. Le coping d'approche n'était pas un médiateur significatif de la relation entre l'estime de soi et la dépression mais l'était dans la relation entre l'estime de soi et l'anxiété. Enfin, le coping par évitement exerçait un effet médiateur significatif dans les relations entre l'estime de soi, d'une part, et les symptômes dépressifs et anxieux, d'autre part.

Table des matières

SOMMAIRE	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	vii
REMERCIEMENTS	viii
INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE.....	7
La dépression	8
Dépression et développement normal.....	8
Classification de la dépression	9
Le trouble dépressif.....	10
Prévalence de la dépression.....	12
L'anxiété.....	12
Types de troubles anxieux à l'adolescence	13
Prévalence des troubles anxieux	14
L'estime de soi.....	15
L'estime de soi des adolescents	17
Le coping	18
Modèles théoriques du coping.....	18
Les stratégies de coping centrées sur l'émotion.....	22
Liens entre le coping, la dépression, l'anxiété et l'estime de soi	27
Estime de soi, dépression et anxiété.....	27
Estime de soi et coping.....	28
Coping et dépression	29
Coping et anxiété.....	31
Objectifs et hypothèses de recherche.....	33
MÉTHODE	36
Participants	37
Instruments de mesure	37

Questionnaire sociodémographique	37
L'estime de soi.....	38
Le coping émotionnel.....	39
Le coping d'approche et d'évitement	40
Les symptômes dépressifs	42
Les symptômes anxieux	43
Procédure	45
Schème de recherche et analyses statistiques	46
RÉSULTATS	49
Analyses préliminaires.....	50
Analyses descriptives.....	52
Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	53
Analyses principales	58
DISCUSSION	64
Rappel des objectifs de recherche.....	65
Discussion des hypothèses de recherche	66
Implications théoriques et pratiques	85
Forces et limites de l'étude.....	88
Pistes de recherche futures.....	89
CONCLUSION	91
RÉFÉRENCES.....	95
APPENDICE A.....	107
APPENDICE B	113
APPENDICE C	139

Liste des tableaux

Tableau

1	Analyse de normalité.....	52
2	Description sociodéographique des participants.....	54
3	Situation des parents	56
4	Analyses principales.....	59

Liste des figures

Figure

1	Modèle des symptômes dépressifs	35
2	Modèle des symptômes anxieux	35
3	Modèle des symptômes dépressifs	61
4	Modèle des symptômes anxieux	61

Remerciements

Je désire d'abord exprimer mon entière reconnaissance à ma directrice de recherche, Madame Claudie Émond, Ph. D. professeure au département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Elle s'est montrée extrêmement généreuse de temps, de soutien et de connaissances. Merci également à madame Linda Paquette, Ph. D. pour les suggestions et améliorations pertinentes qu'elle a proposé en tant que correctrice de mon projet d'essai. J'aimerais également remercier tous les chercheurs qui ont participé à la mise en place de ce projet de recherche dans le milieu clinique. Merci aux participants de l'étude ainsi qu'à tous les membres du personnel de la polyvalente de La Baie qui ont contribué à la concrétisation et à l'aboutissement de ce projet novateur. Un merci tout spécial à monsieur Simon Beaudry, Ph. D. qui a été d'une aide très précieuse pour les analyses statistiques de même que pour l'interprétation des résultats. Enfin, je tiens à remercier infiniment ma famille, mon conjoint et mes ami(e)s qui m'ont apporté leur soutien moral et des encouragements tout au long de la démarche.

Un énorme merci tout spécial à ma maman, Diane, qui est décédée du cancer pendant mes études doctorales. Ta dévotion, ta détermination et ton souci de performance font partie des nombreuses qualités que tu m'as transmises. Celles-ci m'ont permis de réaliser mes rêves à travers divers projets de vie, dont mes études universitaires. J'honorerai ton passage dans ma vie en profitant au maximum de cette dernière et en faisant de ma passion ma profession.

Introduction

Une personne sur cinq sera aux prises avec une maladie mentale au cours de sa vie (Santé Canada, 2006). La majorité des troubles mentaux apparaissent à l'adolescence ou en début d'âge adulte (Durand & Barlow, 2004; Santé Canada, 2006). La dépression est l'un des troubles les plus rencontrés chez les adolescents qui utilisent les services des professionnels de la santé mentale (Petersen & al. 1993). Également, les troubles anxieux seraient la forme de psychopathologie la plus observée chez les jeunes (Dumas, 2007; Turgeon & Brousseau, 2001). De par son aspect développemental, l'adolescence serait une période sujette à entraîner un remaniement psychologique favorisant l'apparition de symptômes anxio-dépressifs et une baisse d'estime de soi en raison des divers changements biologiques et sociaux auxquels le jeune doit faire face (Dumont, Dunezat, Le Dez-Alexandre & Prouff, 1995). Malheureusement, les troubles dépressifs et anxieux ont un impact direct sur le développement de l'adolescent et ils peuvent entraîner des conséquences importantes, telles que l'apparition d'un trouble dépressif à l'âge adulte (Abela & Hankin, 2008).

L'étude de la santé mentale des adolescents peut comporter deux aspects : l'observation, d'une part, de la présence de symptômes psychopathologiques et, d'autre part, de conditions favorables à une bonne santé mentale. L'étude de Labelle et al. (2001) suggère qu'une bonne santé mentale ne se caractérise pas seulement par une

absence de troubles psychologiques, mais aussi par la présence de facteurs favorisant le bien-être psychologique, dont une bonne estime de soi.

L'estime de soi influence fortement la manière dont les stressseurs perturbent un individu et par conséquent, son état psychologique (Avison & Gotlib, 1994). Divers chercheurs ont par ailleurs démontré un lien direct entre l'état psychologique d'un individu et les stratégies d'adaptation qu'il utilise face aux stress, aussi nommées «stratégies de coping». Plusieurs études démontrent un lien positif entre l'estime de soi et le coping (Chapman & Mullis, 1999; Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003; Frydenberg, 2008).

Le 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 (Leclerc, Pronovost & Dumont 2009). Lazarus et Folkman font figure de précurseurs dans le domaine de recherche sur le coping. Selon leur modèle (1984), le coping a deux fonctions : le changement du problème (coping centré sur le problème) et la gestion émotionnelle (coping centré sur l'émotion). Plusieurs modèles de coping ont été proposés par la suite, notamment le coping d'approche et d'évitement (Roth & Cohen, 1986).

Dans les écrits scientifiques, les stratégies de coping reliées à l'émotion sont souvent associées à des conséquences dysfonctionnelles (Hartmann, 2008). Les études d'Annette

Stanton et ses collaborateurs ont démontré que cette mauvaise réputation de ce type de stratégie s'explique par le fait que plusieurs échelles les évaluant sont contaminées par la présence d'items liés à des symptômes psychopathologiques (Stanton, Danoff-Burg, Cameron & Ellis, 1994). L'équipe de Stanton s'est particulièrement intéressée à la fonction adaptative des émotions face aux situations de stress et a proposé l'approche de coping émotionnel (*Coping through emotional approach*).

L'approche de coping émotionnel comporte deux dimensions. D'une part, les stratégies associées au processus émotionnel consistent en la tentative active d'une personne à reconnaître, explorer le sens et arriver à comprendre ses émotions. D'autre part, le coping lié à l'expression des émotions représente la tentative d'une personne à refléter activement de façon verbale ou non verbale ses expériences émotives afin de les communiquer ou de les symboliser (Austenfeld & Stanton, 2004). Ayant réalisé des études auprès de diverses populations, les auteures préconisent que l'analyse du processus émotionnel et l'expression des émotions sont des stratégies adaptatives face aux situations de stress. Le modèle de coping émotionnel d'Annette Stanton ne semble toutefois pas avoir été étudié auprès de la population adolescente. Pourtant, divers chercheurs s'étant attardés particulièrement à la période de l'adolescence, affirment qu'une multitude de sources de stress, provenant notamment de leur famille, de l'école et de leur groupe de pairs, font sentir les adolescents vulnérables dans le cadre de leurs interactions sociales (McNamara, 2000; Siddique & D'Arcy, 1984). Selon Compas,

Orosan et Grant (1993), l'impact des expériences stressantes dans le développement des adolescents dépend des modalités de coping utilisées face au stress et à l'adversité.

La recension des écrits scientifiques fait état d'une multitude de recherches concernant l'ensemble des différents types de coping existants. Un lien entre les stratégies de coping et la dépression a été démontré dans le cadre d'une recherche longitudinale de quatre ans réalisée auprès de 194 adolescents (Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000). Par ailleurs, plusieurs auteurs, dont Frydenberg (2004) ainsi qu'Herman-Stahl, Stemmler et Peterson (1995), suggèrent que les adolescents déprimés rapportent une utilisation plus marquée de stratégies d'évitement, qui consistent à fuir le problème sans y faire face, stratégies considérées par la majorité des modèles de coping comme non-adaptatives. Sandler, Tein et West (1994), Seiffge-Krenke et Klessinger (2000) ainsi que Mattis et Ollendick (2002) ont observé dans le cadre de leurs études que les stratégies de coping d'évitement sont en lien direct avec l'anxiété. En outre, plusieurs auteurs ont affirmé que l'estime de soi favorise le choix de stratégies de coping plus efficaces face à un stresser (Lazarus & Folkman, 1984; Mann, Hosman, Schaalma, & de Vries, 2004)

La présente étude fait partie d'une recherche portant sur la santé mentale des adolescents du Saguenay-Lac-St-Jean. Elle vise à vérifier les liens unissant l'estime de soi, le coping émotionnel et traditionnel ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux. Elle permettra d'enrichir le corpus de connaissances disponibles entourant les

mécanismes d'adaptation des adolescents, plus spécifiquement en lien avec le coping émotionnel et le modèle d'approche et d'évitement.

Contexte théorique

Afin de présenter les variables à l'étude, chacune d'elles seront décrites dans les quatre prochaines parties. La première section présente la dépression sous différents angles, soit en regard au développement normal, les classifications de la dépression, le trouble dépressif et la prévalence de cette problématique. La seconde section présente diverses notions théoriques de l'anxiété, soit les différents troubles anxieux observés à l'adolescence et leur prévalence. La troisième décrit le concept d'estime de soi en général et spécifiquement à l'adolescence. La quatrième section présente une définition du coping et fait état des principales approches conceptuelles sur le sujet, particulièrement le coping émotionnel de Stanton. Enfin, une cinquième partie présente les liens théoriques entre les variables à l'étude.

La dépression

Dépression et développement normal

Jusqu'à la fin des années soixante, les difficultés psychologiques à l'adolescence étaient fréquemment perçues comme faisant partie du développement normal (Marcelli & Braconnier, 2008). Aujourd'hui, nous savons que la majorité des adolescents négocie très bien avec cette période développementale sans présenter de problèmes psychologiques ou émotionnels (Petersen & al., 1993). Mais pour certains d'entre eux, il

est probable que des difficultés psychologiques importantes à l'adolescence mènent au développement de troubles psychologiques sérieux à l'âge adulte (Petersen & al., 1993).

Classification de la dépression

La dépression est l'un des troubles les plus rencontrés chez les adolescents qui utilisent les services des professionnels en santé mentale (Petersen & al., 1993). La dépression chez l'adolescent peut être définie à l'aide de trois niveaux de classification et d'évaluation : l'humeur dépressive, le syndrome dépressif et le trouble dépressif (Abela & Hankin, 2008). L'humeur dépressive se caractérise par une période de tristesse qui peut se produire en réponse à diverses situations telles la perte d'une relation interpersonnelle significative ou un échec important et celle-ci peut être de courte ou de longue durée (Abela & Hankin, 2008). Cependant, l'humeur dépressive est vécue par chacun de nous de façon situationnelle et elle n'est pas considérée comme étant dysfonctionnelle ou pathologique (Marcotte, 1995). Selon Marcelli et Braconnier (2008), l'humeur dépressive, ainsi que d'autres manifestations affectives fréquemment observées à l'adolescence, telles l'ennui et la morosité, sont considérées davantage comme des signaux d'alarme vis-à-vis du trouble dépressif qu'un état dépressif réel. L'humeur dépressive et le syndrome dépressif se situent sur un continuum de symptômes qui mènent à une situation clinique devant être considérée avec sérieux nommée «trouble dépressif». Classé dans les troubles de l'humeur dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Quatrième édition révisée (DSM-IV-R)*, le

diagnostic du trouble dépressif est basé sur la présence, la durée et la sévérité d'un ensemble de symptômes. Dans le DSM-IV-R, les troubles dépressifs incluent le trouble dépressif majeur, le trouble dysthymique et le trouble dépressif non-spécifié.

Le trouble dépressif

Les critères diagnostiques des troubles de l'humeur sont similaires pour les enfants, les adolescents et les adultes (Abela & Hankin, 2008). Selon Habimana (1999), tous les troubles dépressifs se manifestent à priori par une humeur dépressive, se caractérisant par une prédominance d'émotions négatives comme de la tristesse parfois jointe à de l'irritation ou de la colère. L'auteur ajoute que l'humeur dépressive se caractérise également par une diminution de la concentration, une perte d'énergie, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une tendance à l'isolement social, un sentiment d'incapacité à faire face aux activités habituelles de la vie, une incapacité à se projeter dans l'avenir suivi d'un sentiment de désespoir ainsi qu'une baisse de l'estime de soi. D'autres symptômes, souvent appelés «troubles somatiques», peuvent être concomitants : perte de l'appétit, insomnie, raréfaction et ralentissement de la parole et des mouvements (American Psychiatric Association, 2004; Habimana, 1999). Selon Habimana, il arrive que des phénomènes contraires soient perçus chez les adolescents déprimés tels que l'hyperphagie et l'hypersomnie. Ces troubles somatiques diminueraient avec l'âge (Abela & Hankin, 2008).

Il existe plusieurs troubles de l'humeur qu'Habimana (1999) résume en trois catégories : la dépression majeure, la dysthymie ainsi que le trouble associant états dépressifs et états d'excitation. La dépression majeure est le trouble de l'humeur le plus souvent diagnostiqué à l'adolescence (Graber 2004; Habimana 1999). Mais elle se manifeste rarement chez les adolescents par le biais de plaintes dépressives. Selon Marcelli et Braconnier (2008), l'irritabilité et l'hostilité sont des indicateurs importants démontrant que le sujet ne se reconnaît plus. Les auteurs affirment qu'on peut observer de l'irritabilité quand l'adolescent «s'énervé» sans raison apparente en parlant à quelqu'un ou de l'impulsivité lorsque celui-ci a une réaction exagérée parce qu'il n'obtient pas ce qu'il désire ou qu'il ne réussit pas à arriver à ses fins lorsqu'il accomplit une tâche.

La dépression entraîne d'importantes conséquences chez les jeunes : le décrochage scolaire, l'abus de drogue et d'alcool, la délinquance, des difficultés dans les relations sociales, des troubles alimentaires, des difficultés psychosociales à l'âge adulte ainsi qu'un risque plus élevé de suicide (Marcotte, 1995). La dépression durant l'enfance est associée avec un risque accru de dépression durant l'adolescence et un jeune ayant souffert d'un épisode de dépression majeure est à haut risque de souffrir à nouveau de dépression après quelques années (Abela & Hankin, 2008).

Prévalence de la dépression

Marcotte (1995) mentionne que les symptômes dépressifs prennent de l'ampleur de façon importante de l'enfance à l'adolescence. Petersen et al. (1993) affirment à leur tour que de 20 à 35 % des garçons et de 25 à 40 % des filles présenteraient une humeur dépressive à l'adolescence. Environ 16 % des élèves québécois de deuxième secondaire présenteraient un taux élevé de symptômes dépressifs (Marcotte 2001). La dépression majeure serait près de deux fois plus présente chez les adolescents que chez les enfants et selon Habimana (1999), la prévalence de ce trouble de l'humeur à l'adolescence varie entre 0.4 et 6.4 %.

Selon diverses études, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur s'avèrent fréquemment associés (Dumas, 2005). Cette relation unissant deux classes de psychopathologies graves, les troubles dépressifs et les troubles anxieux, justifie de s'intéresser à chacune d'elle.

L'anxiété

L'anxiété n'est pas pathologique en soi et elle s'inscrit dans le registre émotionnel de tout être humain, permettant de détecter un danger et de préparer les stratégies comportementales de défense. Par sa participation à une saine adaptation, elle permet d'agir face au danger et aux épreuves (Servant, 2007). L'anxiété devient pathologique

lorsqu'elle est pénible ainsi qu'envahissante et qu'elle nuit à une saine adaptation à l'environnement (Servant, 2007).

Types de troubles anxieux à l'adolescence

Les troubles anxieux peuvent se manifester sous diverses formes à l'adolescence, les plus fréquentes étant entre autre les phobies, l'évitement et l'inhibition ainsi que les troubles obsessionnels-compulsifs (Alvin & Marcelli, 2005).

Les phobies peuvent se présenter sur le plan scolaire ou social. Selon Marcelli et Braconnier (2008), la phobie sociale, généralement non diagnostiquée comme telle à l'adolescence, est source de nombreuses conséquences négatives telles des échecs scolaires, l'abandon scolaire ainsi que la phobie scolaire, celles-ci dues aux comportements d'évitement engendrés par cette psychopathologie. Selon Alvin et Marcelli (2005), l'évitement et l'inhibition sont, quant à elles, des stratégies de contrôle de l'anxiété qui se manifestent souvent sous une forme de timidité qui s'aggrave à l'adolescence et qui nuit aux capacités d'adaptation sociale de l'individu. Pour ce qui est des troubles obsessionnel-compulsifs, ils peuvent apparaître dès l'enfance et sont caractérisés par la présence soit d'obsessions ou de compulsions que l'individu reconnaît comme excessives ou irraisonnées (American Psychiatric Association, 2004).

Diverses études ont démontré que les troubles anxieux sont la forme de psychopathologie la plus observée chez les jeunes (Dumas, 2007; Turgeon & Brousseau, 2001). Cependant, il n'est pas évident en clinique de déceler l'anxiété chez l'adolescent (Alvin & Marcelli, 2005). À l'exception des cas de complications, comme par exemple un effondrement dépressif ou une tentative de suicide, les adolescents anxieux sont difficilement identifiés compte tenu qu'ils font peu de demande de consultation et se plaignent rarement de souffrir d'anxiété ou d'angoisse. Ils ont plus tendance à exprimer des symptômes dits «périphériques» comme porter des accusations à l'égard des gens qui l'entourent ou souffrir d'hypochondrie. Également, la consommation d'alcool, de drogue ou certains comportements à risque peut être utilisée par l'adolescent anxieux pour lutter contre ses symptômes. Cette consommation ou ces comportements peuvent être perçus en avant plan et nuire à la détection de l'anxiété initiale.

Prévalence des troubles anxieux

Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2002), les troubles anxieux toucheraient 12 % de la population canadienne peu importe l'âge. Pour sa part, Émilien (2003) affirme que la prévalence des troubles anxieux en général varie entre 10,4% à 25,1 %, ce dépendamment des études épidémiologiques. Pour l'adolescent, la prévalence des troubles anxieux retrouvée dans les écrits scientifiques se situe en général entre 6 et 8 % (Alvin & Marcelli, 2005; Dumas 2005; Marcelli & Braconnier, 2008). Cette prévalence, étant plutôt constante dans les études existantes, est légèrement plus élevée

que celle des enfants. Selon la Direction de santé publique de Montréal-Centre (2003), des enquêtes épidémiologiques démontrent que les troubles anxieux affectent environ 10 % des enfants et des adolescents. Pour ce qui est des 15-24 ans, la phobie sociale atteint un taux de 15 % alors que les phobies simples et l'agoraphobie touchent respectivement 10 % et 7 % de cette population. De plus, un jeune sur deux âgé entre 14 et 25 ans qui présente un trouble d'anxiété souffre d'une psychopathologie comorbide, soit d'un trouble dépressif, d'abus de substance ou alors d'un type différent de trouble d'anxiété.

L'estime de soi

Selon Dumont et al. (1995), en tant que période développementale, l'adolescence implique un remaniement psychologique. Elle comprend certains facteurs favorisant la manifestation de symptômes dépressifs, soit entre autre la perte des idéaux et des joies de l'enfance, la distanciation affective ainsi que la négociation avec le monde des adultes. Ces auteurs ajoutent qu'un grand nombre de périodes dépressives font partie intégrante de tous ces changements. Pour plusieurs individus, ces périodes seront isolées et d'une durée limitée mais elles entraîneront, chez d'autres, des symptômes anxio-dépressifs. Il appert important de s'interroger sur les facteurs antécédents qui contribuent à l'émergence de ces symptômes. Plusieurs auteurs, notamment Sowislo et Orth (2013), ont avancé que les déficits d'estime de soi jouent un rôle important à cet effet. Donc,

selon les données probantes, il apparaît indiqué d'étudier l'estime de soi des adolescents, afin d'enrichir le corpus de connaissances concernant leur santé mentale.

Selon une recension des écrits de Guillon et Crocq (2004), la notion d'estime de soi a évolué selon les auteurs. Par exemple, Rosenberg en 1965 a souligné l'importance des performances sociales, du mérite personnel et de l'apparence physique, tandis que pour Copersmith, l'estime de soi dépend du sentiment de compétence et de pouvoir (Guillon & Crocq, 2004). Pour leur part, Famose et Bertsch (2009) expliquent que chaque individu a une représentation de soi qui lui permet de reconnaître et de nommer consciemment ses caractéristiques descriptives individuelles. En revanche, il y a une différence particulière entre ce que nous sommes et notre évaluation de ce que nous valons, cette dernière se référant plutôt au concept d'évaluation de soi. Dans le cadre de cette évaluation de soi, Famose et Bertsch affirment que certaines caractéristiques ou la globalité de nous-mêmes ou du «soi» sont jugées de façon favorable ou défavorable. Ce jugement porte sur diverses sphères du soi, comme entre autre les comportements, les attributs ou les habiletés. L'évaluation de soi constitue en elle-même la base de l'estime de soi. Dans les écrits scientifiques, l'estime de soi est définie généralement comme étant la valeur que l'on attribue à soi-même (Baumeister & al. 2003). Famose et Bertsch ajoutent que cette réaction évaluative est caractérisée par une charge affective, car en plus de s'évaluer de manière favorable ou défavorable, l'individu se sent personnellement avec ou sans valeur. Dans un même ordre d'idée, Baumeister et al.

avançant que l'estime de soi est un concept subjectif compte tenu qu'elle est basée sur la perception que la personne a d'elle-même davantage que sur la réalité.

L'estime de soi des adolescents

Bee et Boyd (2003) suggèrent que l'estime de soi joue un rôle primordial dans le développement personnel et social des adolescents. Plusieurs auteurs affirment que l'estime de soi est changeante à l'adolescence, soit qu'elle diminue légèrement au début, pour ensuite augmenter graduellement. En somme, l'estime de soi est généralement plus haute chez les jeunes adultes que chez les préadolescents (Bee & Boyd, 2003). La diminution d'estime de soi au début de l'adolescence serait davantage situationnelle que reliée à l'âge, c'est-à-dire qu'elle serait reliée aux changements pubertaires et scolaires simultanés (Bee & Boyd, 2003; Harter, 2001). L'augmentation continue de l'estime de soi à l'adolescence pourrait être reliée à l'obtention d'une plus grande liberté et autonomie permettant de faire des choix personnels dont, entre autre, choisir leurs domaines de compétence ainsi qu'un cercle d'amis dans lequel ils se sentent valorisés (Harter, 2001). Selon Harter (2001), les jeunes enfants ne sont pas encore aptes à avoir une perception ou une évaluation de soi réaliste et ce potentiel augmente de façon normale au fil de leur développement. Ils acquièrent cette capacité vers la fin de l'enfance. Les adolescents ont alors la capacité de percevoir de façon réaliste leurs habiletés personnelles.

Tel que mentionné précédemment, suite aux sections portant sur la dépression et l'anxiété, les déficits d'estime de soi ont été associés, lors de nombreuses études, aux symptômes dépressifs et anxieux (Harter, 2001; Sowislo & Orth, 2013). Il y a toutefois peu d'information sur les processus qui expliquent ces associations. Il est proposé dans le cadre du présent projet que le coping est une variable médiatrice qui joue un rôle utile à cet égard.

Le coping

Modèles théoriques du coping

Avec ses collaborateurs, Lazarus a développé le modèle transactionnel de coping, lequel suggère l'existence d'une transaction constante entre l'individu et son environnement (Lazarus & Folkman, 1984). En fait, lorsqu'un individu rencontre une situation de stress, un processus d'évaluation en deux temps se déclenche. La première évaluation sert à déterminer la signification de l'événement stressant et ce, en lien avec les croyances, les valeurs et les motivations de la personne (Hartmann, 2008). Ensuite, une deuxième évaluation cible les capacités et les ressources disponibles pouvant permettre à l'individu d'éliminer ou d'atténuer les effets dus à cette situation (Hartmann, 2008). Dans le cas où l'individu évalue que ses capacités et ses ressources sont inadéquates, insuffisantes ou non-disponibles, des stratégies d'adaptation seront mises en place pour faire face au stresser (Hartmann, 2008). Alors débutera le processus de coping.

Lazarus et Folkman (1984) s'avèrent des précurseurs relativement à la recherche sur le coping. Par leur modèle de coping transactionnel, ils définissent le processus de coping comme des changements constants d'efforts cognitifs et comportementaux servant à gérer des demandes internes et/ou externes spécifiques qui sont évaluées comme étant excédantes aux ressources de l'individu. Ce modèle propose deux types de stratégies de coping : centrées sur le problème et centrées sur l'émotion. Les stratégies centrées sur le problème englobent celles utilisées pour définir le problème, générer des solutions alternatives, évaluer les coûts et bénéfices de ces solutions alternatives, faire un choix et passer à l'action pour faire face à la situation. Les stratégies de coping centrées sur l'émotion visent plutôt à gérer les réponses émotionnelles induites par la situation stressante. Le coping se distingue des comportements adaptatifs automatiques car il requière une mobilisation et un effort (Lazarus & Folkman, 1984). De plus, les auteurs favorisent le terme «gérer» à l'instar de «maîtriser», puisque cette gestion inclut des actions comme minimiser, éviter, tolérer et accepter des conditions stressantes aussi bien que des tentatives pour contrôler l'environnement. Bien que le modèle de coping transactionnel soit bien connu et largement documenté, d'autres ont été proposés par la suite, dont le coping d'approche et d'évitement.

Un des types de coping concerné par la présente étude est basé sur celui de Roth et Cohen (1986) : le modèle d'approche et d'évitement. Pour faire un parallèle avec le modèle de Lazarus, les stratégies d'approche correspondent aux stratégies centrées sur le

problème puisqu'elles nécessitent l'investissement actif d'efforts dans le processus de coping (Dumont & Plancherel, 2001). Les stratégies d'évitement sont, quant à elles, associées aux stratégies centrées sur l'émotion puisqu'elles supposent des efforts cognitifs, comportementaux ou émotionnels ayant pour objectif de s'éloigner du stresser (Dumont & Plancherel, 2001). Certains modèles de coping partagent cette base théorique, notamment le coping productif largement utilisé après des adolescents.

Érica Frydenberg et ses collaborateurs se sont intéressés particulièrement aux stratégies de coping utilisées par cette clientèle. Cette chercheuse a d'ailleurs participé au développement de l'échelle de coping pour adolescents (Frydenberg & Lewis 1993). Le modèle proposé et utilisé lors de leurs recherches menées auprès des adolescents suggère trois types de coping : le coping productif, la référence aux autres et le coping non-productif. Le coping productif inclut les stratégies qui fonctionnent pour résoudre des problèmes et rester optimiste, en forme, calme et socialement engagé (Frydenberg, 2004). En outre, les stratégies de référence aux autres consistent à se tourner vers autrui pour demander de l'aide. Ces deux types de stratégies centrées sur le problème sont comparées à des stratégies d'approche (ou fonctionnelles) par une majorité d'auteurs (Frydenberg, 2004; Frydenberg & Lewis, 1993). Finalement, le coping non productif est décrit comme incluant des stratégies qui sont largement négatives et il réfère à l'évitement du problème. Dans cette catégorie, Frydenberg et Lewis ont inclut certaines stratégies de coping centrées sur l'émotion : décider de ne rien faire et se sentir mal,

refouler le problème consciemment et prétendre qu'il n'existe pas, garder ses sentiments pour soi et éviter les autres, ainsi que chasser momentanément le problème de notre esprit. La majorité de ces stratégies de coping liées à l'émotion sont classées, d'après ce modèle, comme étant des stratégies d'évitement (ou dysfonctionnelles), signifiant qu'elles sont inefficaces pour s'adapter à la situation de stress vécue. On retrouve plusieurs autres échelles permettant d'évaluer le coping chez les adolescents, mais comme celle de Frydenberg, celles-ci sont basées sur des modèles théoriques considérant l'émotion comme étant non-adaptative.

Des chercheurs comme Greenberg (2002), Gross et John (2003) ainsi que Stanton et ses collaborateurs (1994) ont réussi à démontrer l'aspect adaptatif des émotions en situation de stress. Le modèle théorique de Greenberg, l'«Emotion Focus Therapy» ou sa traduction française la «thérapie centrée sur l'émotion», se résume en une série d'étapes à réaliser pour traverser deux phases : la première phase consiste à prendre conscience, accepter et explorer le sens de l'émotion et la deuxième, à quitter l'émotion pathogène et viser les émotions saines. Un des objectifs de la thérapie centrée sur les émotions est de s'entraîner à une forme d'intelligence émotionnelle, comprenant l'acceptation des émotions, leur expression et une prise de conscience des besoins et désirs fondamentaux qui en sont à l'origine (Philippot, 2007). Pour sa part, l'échelle de régulation des émotions (Emotion Regulation Scale) de Gross & John permet d'évaluer l'expression des émotions et aussi le changement volontaire de pensées dans un but

adaptatif. Bien qu'il existe un certain nombre de modèles théoriques concernant l'aspect adaptatif des émotions, l'étude actuelle s'intéresse principalement au modèle de coping émotionnel d'Annette Stanton.

Les stratégies de coping centrées sur l'émotion

Annette Stanton et ses collaborateurs se sont intéressés particulièrement aux fonctions adaptatives des émotions et ont développé et validé un instrument qui permet d'évaluer le coping par le biais de deux facteurs, la «reconnaissance des émotions» et l'«expression des émotions». Ils ont nommé cet instrument «Coping through emotional approach» (Austenfeld & Stanton, 2004) qui se traduit en français par «l'approche de coping émotionnel».

Diverses études ont démontré que les émotions intenses perturbent la capacité à prendre des décisions rationnelles (Averill, 1990; Van Hoorebeke, 2008) et différents modèles théoriques présentent le coping centré sur le problème comme étant plus adaptatif que le coping centré sur les émotions (Frydenberg, 2004; Moos, 1993). Cependant, Austenfeld et Stanton (2004) affirment que le processus émotionnel et l'expression des émotions apportent des bénéfices pour la santé et elles argumentent en faveur du rôle fonctionnel de l'émotion. Ces chercheuses ont contesté la mauvaise réputation du coping centré sur les émotions en démontrant que les énoncés évaluant ces

stratégies dans les divers questionnaires publiés sont confondus avec de la détresse et de l'autodépréciation. Elles suggèrent que l'association entre le coping centré sur les émotions et une adaptation dysfonctionnelle est fortement liée avec la manière d'opérationnaliser les mesures de coping. Diverses études longitudinales et expérimentales utilisant leur nouvelle échelle ont documenté le potentiel adaptatif du coping émotionnel face à certains types de stressors, incluant l'infertilité, le cancer du sein et la douleur chronique (Austenfild & Stanton, 2004).

L'approche de coping émotionnel permet l'observation de deux facteurs distincts chez l'individu : le processus émotionnel et l'expression émotionnelle. Selon Austenfild et Stanton (2004), le processus émotionnel est une tentative active de reconnaître, d'explorer le sens et d'en arriver à une compréhension de ses émotions. L'instrument que ces chercheuses ont créé, sous forme de questionnaire, permet d'évaluer ce facteur en présentant des énoncés tels que «J'explore mes émotions», «Je me rends compte que mes sentiments sont valables et importants» et «Je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment». Quant à l'expression émotionnelle, elle représente la tentative d'une personne à refléter activement de façon verbale ou non verbale ses expériences émotives afin de les communiquer ou de les symboliser (Austenfild & Stanton, 2004). Les items de cette sous-échelle incluent entre autre «Je me sens libre d'exprimer mes émotions», «Je prends le temps d'exprimer mes émotions» et «Je me permets d'exprimer mes émotions».

Austenfeld et Stanton (2004) rapportent sept études, dont six longitudinales, ayant évalué chez diverses clientèles adultes la relation entre le coping émotionnel et le potentiel adaptatif des émotions, et ce en utilisant l'échelle de coping émotionnel. Toutes ces études suggèrent des bénéfices adaptatifs du coping émotionnel en regard à la santé physique et psychologique. Quatre de ces études visent des échantillons d'adultes et trois concernent des échantillons de patients souffrant d'une pathologie médicale.

Lors de leur première recherche (Stanton, Danoff-Burg, Cameron & Ellis, 1994), une différence intersexe concernant l'utilité de l'approche de coping émotionnel pour l'adaptation psychologique a été observée. Plus précisément, il a été constaté que l'utilisation de ce type de coping lors de situations de stress important prédit une meilleure adaptation chez la femme et une diminution de l'adaptation chez l'homme. Il a aussi été observé que l'interaction entre le coping émotionnel et les symptômes dépressifs sont modulés par des paramètres situationnels. Par exemple, en situation de stress interpersonnel et lors de situations perçues comme étant incontrôlables, les femmes utilisant cette approche présentent moins de symptômes dépressifs. Aussi, une étude réalisée auprès d'étudiants adultes (Stanton, Kirk, Cameron & Danoff-Burg, 2000b) a permis de conclure que les stratégies reliées au processus émotionnel et celles reliées à l'expression émotionnelle sont davantage adaptatives lorsqu'elles sont utilisées de façon consécutive (c.à.d. une à la suite de l'autre) que de façon simultanée. En outre, débiter par l'expression des émotions et poursuivre avec le processus émotionnel

permettrait une meilleure adaptation. Une autre étude (Stanton & al., 2000b) a été réalisée par cette équipe de recherche dans un contexte expérimental auprès d'un échantillon d'étudiants (âge moyen de 19 ans) dont un des parents souffre d'une maladie physique ou psychologique chronique. Dans le cadre de cette étude, les résultats suggèrent que pour ces jeunes femmes et hommes, les stratégies d'expression des émotions sont privilégiées, au détriment du processus émotionnel, pour s'adapter à leur environnement et qu'elles sont davantage bénéfiques lorsque celui-ci est plus réceptif. En somme, dans l'ensemble, ces études suggèrent que le coping émotionnel favorise l'adaptation, mais que certains facteurs modérateurs existent entre l'utilisation de ce coping et les résultats sur la santé, dont les caractéristiques du contexte environnemental et la nature de l'expérience stressante.

En contexte médical, trois études ont été réalisées pour évaluer la relation entre l'approche de coping émotionnel et la santé chez des adultes souffrant de douleurs myofaciales chroniques, d'infertilité et du cancer du sein. Dans le cadre d'une étude réalisée auprès de 80 adultes souffrant de douleurs myofaciales (Smith, Lumley & Longo, 2002), deux outils ont été utilisés, soit une version courte à huit items de l'échelle de coping émotionnel de Stanton ainsi qu'une échelle de coping similaire par rapport à quatre indices d'ajustement : douleur sensorielle, douleur émotionnelle, altérations physiques et symptômes dépressifs. Les résultats suggèrent que l'approche de coping émotionnel se distingue des autres stratégies centrées sur l'émotion des

approches traditionnelles de coping. Selon cette étude, l'approche de coping émotionnel est unique prédicteur d'une diminution de la douleur émotionnelle et des symptômes dépressifs. Pour les hommes, l'approche de coping émotionnel est liée à une diminution de la douleur sensorielle et des altérations physiques. Une autre étude (Berghuis & Stanton, 2002), réalisée cette fois auprès d'adultes ayant vécu des échecs dans le traitement de leur infertilité, suggère que les stratégies d'expression émotionnelle et de processus émotionnel avant l'insémination sont liées à une diminution de la détresse face à l'échec de leur traitement, diminuant ainsi le risque de dépression. En outre, une étude a été réalisée auprès de 92 femmes souffrant du cancer du sein âgées entre 28 et 76 ans (Stanton & al., 2000b). Dans le cadre de celle-ci, il a été observé, entre autre, que les stratégies d'expression émotionnelle pendant le traitement pour le cancer du sein ont été associées à une diminution de la détresse, à une augmentation de la vigueur, à une amélioration de la perception de l'état de santé ainsi qu'à une diminution des rendez-vous médicaux liés à la maladie. En somme, les résultats de ces trois études indiquent que l'approche de coping émotionnel apparaît comme étant adaptative à différents niveaux pour des gens souffrant de douleur myofaciale chronique, d'infertilité et de cancer du sein (Austenfeld & Stanton, 2004).

Ainsi, sept études, dont six longitudinales, réalisées auprès de diverses clientèles adultes ont démontré le potentiel adaptatif des émotions en utilisant l'échelle de coping émotionnel. Considérant le grand nombre d'études réalisées, la multitude de milieux

visés et les différents types de stressors opérationnalisés, la pertinence d'étudier cette approche auprès d'adolescents apparaît indiquée.

Liens entre l'estime de soi, le coping émotionnel et traditionnel, la dépression et l'anxiété.

Les sections qui précèdent ont recensé individuellement l'information relative aux variables étudiées. La présente section offre une synthèse intégrative de la documentation au sujet des associations entre ces variables.

Estime de soi, dépression et anxiété

Une étude menée auprès de 936 jeunes âgés de 6 à 15 ans a permis de démontrer un lien entre les troubles anxieux et dépressifs ainsi qu'un faible estime de soi (Battle, Jarratt, Smit & Precht, 1998). Plusieurs recherches ont par ailleurs démontré que l'estime de soi est une variable statistiquement corrélée négativement à la dépression (p.ex. Battle, Jarratt, Smit & Precht, 1988; Brage & Meredith, 1994; Dori & Overholser, 1999). Certaines recherches ont toutefois mis en lumière certaines variances, comme par exemple que le niveau d'estime de soi dépend du type de trouble dépressif présenté par l'individu (Orvaschel, Beeferman, Kabacoff, 1997). Dans l'ensemble, des divergences demeurent dans la littérature scientifique quant au rôle de l'estime de soi dans l'étiologie de la dépression : l'estime de soi pourrait prédisposer à la dépression, mais aussi être

simplement corrélée aux affects dépressifs (Guillon & Crocq, 2004). Pour ce qui est de l'anxiété, la nature de son association avec l'estime de soi est également divergente selon les auteurs. Par exemple, une meta-analyse menée auprès de 9000 participants a permis de démontrer une relation significative inverse entre l'anxiété d'évaluation et l'estime de soi (Hembree, 1988), conclusion supportée par plusieurs recherches ultérieures (Hojat, Callahan, & Gonnella, 2004; Peleg, 2009). Mais bien que des liens de causalité ont été démontrés entre l'estime de soi et certaines formes d'anxiété, notamment l'anxiété d'évaluation (Hodapp, 1989, Krampen, 1988), on note dans les écrits en général une relation entre l'estime de soi et l'anxiété qui s'avère bidirectionnelle (Zeidner, 1998).

Estime de soi et coping

Des études ont démontré que le niveau d'estime de soi influence le choix et l'efficacité des stratégies de coping utilisées face à un stressor (Lazarus & Folkman, 1984) et la manière dont les stressors perturbent chaque individu (Avison & Gotlib, 1994). Plusieurs études ont démontré également les bénéfices d'une bonne estime de soi sur la santé (Avison & Gotlib, 1994). Par exemple, l'estime de soi augmente les habiletés de coping chez les adultes dans certains contextes, soit face à la maladie ou suite à une chirurgie (Mann & al., 2004). En outre, une bonne estime de soi favorise un pronostic favorable suite à une transplantation de moelle osseuse ou à un trauma (Avison & Gotlib, 1994). La recension d'écrits d'Avison et Gotlib (1994) a permis de conclure qu'une bonne estime de soi est associée à une bonne santé mentale, à l'adaptation, au

bonheur, au succès, à la satisfaction ainsi qu'à un bon rétablissement suite à des problèmes médicaux sévères. Il semblerait que les gens qui ont une estime de soi plus élevée perçoivent les événements négatifs comme étant moins graves, ils se croient davantage en contrôle et sont généralement plus optimistes en ce qui concerne leurs capacités de coping (Baumeister & al., 2003). Enfin, ces personnes vivent moins de stress lors qu'ils vivent des événements négatifs et par le fait même, bénéficient d'une meilleure santé que les gens présentant une faible estime d'eux-mêmes (Baumeister & al., 2003). Une faible estime de soi est reliée positivement à des stratégies de coping non-productives, comme l'évitement (Chapman & Mullis, 1999; Frydenberg, 2008). Par exemple, dans une étude de Chapman et Mullis effectuée auprès de 361 adolescents, des analyses multivariées ont révélé que les adolescents ayant une plus faible estime de soi utilisaient davantage de stratégies de coping d'évitement que les jeunes présentant une estime de soi plus élevée. Donc, une bonne estime de soi est associée à une meilleure adaptation face au stress.

Coping et dépression

Une étude d'Herman-Stahl et al. (1995) menée auprès de jeunes victimes d'abus a démontré que des adolescentes utilisant des stratégies d'approche rapportent moins de symptômes dépressifs que d'autres qui utilisent davantage des stratégies d'évitement. En effet, l'évitement du problème peut être efficace à court terme pour rassembler ses

ressources (Herman-Stahl & al. 1995), mais ce genre de stratégie ne l'est pas à long terme car le jeune n'apprend pas à résoudre le problème (Frydenberg, 2008).

Selon Frydenberg, les adolescents déprimés réagissent au stress davantage avec colère que les adolescents non déprimés. Ils auraient moins tendance à chercher du soutien social pour faire face à leur problème, ce qui correspondrait à une stratégie de coping davantage adaptative. Les adolescents déprimés rapporteraient d'ailleurs une utilisation plus marquée de stratégies d'évitement (Frydenberg, 2004). En outre, Frydenberg (2008) ajoute que la rumination entre pairs, considérée dans la plupart des modèles de coping comme étant une stratégie non adaptative, est régulièrement observée chez les adolescents. Plusieurs études ont démontré que la rumination augmente la probabilité d'apparition, la sévérité ainsi que la durée du syndrome dépressif et qu'elle intensifie l'humeur dysphorique et les pensées négatives (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema, 1991; Watkins, 2004).

Toujours selon Frydenberg (2008), les adolescents déprimés, en plus de réagir avec colère et de ruminer, auraient tendance à adopter des comportements autodestructeurs pour faire face au stress qu'ils vivent, ce qui correspond à une stratégie de coping non adaptative (ou non-productive). Plusieurs chercheurs ont observé que les adolescents utilisant davantage des stratégies de coping non-productives, à l'instar de ceux utilisant des stratégies productives, sont plus à risque de présenter des symptômes dépressifs et ce, de sévérité plus importante (Frydenberg, 2004, 2008; Leclerc & al. 2009). Dans le

même sens, un lien entre les stratégies d'évitement et la dépression a été démontré dans le cadre d'une recherche longitudinale de quatre ans réalisée auprès de 194 adolescents (Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000). Cette recherche a permis d'observer que les stratégies de coping d'évitement sont en lien avec des symptômes dépressifs importants après deux ans. Les chercheurs ont en outre observé une utilisation moindre des stratégies d'approche chez les participants faisant partie d'échantillon clinique que ceux provenant des autres groupes.

En somme, les adolescents déprimés auraient davantage tendance à utiliser des stratégies non-adaptatives. Également, l'utilisation de stratégies d'approche par les adolescents serait associée à une moindre prévalence de symptômes dépressifs. À l'inverse, les individus utilisant davantage de stratégies non productives seraient plus à risque de présenter des symptômes dépressifs et de sévérité plus importante.

Coping et anxiété

Les théories sur le coping soutiennent que les stratégies de coping sont utilisées face aux situations de stress. L'anxiété joue un rôle important dans le déclenchement du processus de coping, soit comme signal d'alarme (Zeidner & Endler, 1996). Dans le cas d'une forme plus sévère d'anxiété, les divers symptômes qui y sont associés deviennent le centre même des efforts de coping de l'individu. De cette façon, les efforts investis joints à de l'anxiété sévère ne se limitent pas seulement à la résolution des demandes extérieures, mais aussi à la régulation de l'état psychologique prédominant.

Mattis et Ollendick (2002) ainsi que Seiffge-Krenke et Klessinger (2000) ont observé dans le cadre de leurs études que les stratégies de coping d'évitement ont un lien direct avec l'anxiété. Aussi, comme dans le cas de la dépression, la rumination entre pairs adolescents favoriserait le maintien et la propagation de l'anxiété dans le groupe (Frydenberg, 2008). Mattis et Ollendick mentionnent que le développement d'habiletés de coping réduirait l'anxiété.

En somme, l'anxiété fait partie intégrante du processus de coping, principalement au niveau du déclenchement du processus, agissant ainsi comme signal d'alarme. Chez les adolescents anxieux, une relation a été démontrée entre les stratégies d'évitement et leurs symptômes. En outre, le développement d'habiletés de coping diminuerait l'anxiété.

Somme toute, la présente recension des écrits permet de constater la présence de relations significatives entre l'estime de soi, le coping, la dépression et l'anxiété et chez les adolescents. Les associations entre l'estime de soi, d'une part, et les symptômes dépressifs et anxieux, d'autre part, ont été abondamment documentées. Par ailleurs, l'estime de soi a été associée positivement aux formes de coping bénéfiques et négativement aux formes de coping néfastes. De plus, dans les écrits scientifiques, les auteurs semblent s'entendre sur le fait que le type de stratégies de coping (p.ex. évitement ou approche) le plus fréquemment utilisé par un individu aura un impact sur son niveau de détresse psychologique. En effet, les stratégies d'approches favoriseraient une meilleure adaptation et seraient associées à moins de symptômes anxio-dépressifs. À

l'inverse, les stratégies d'évitement seraient en relation avec une plus grande prévalence de ces symptômes.

Objectifs et hypothèses de recherche

La présente recension des écrits scientifiques a permis de relever plusieurs études, notamment Herman-Stahl et al. (1995), Seiffge-Krenke et Klessinger (2000) ainsi que Lazarus & Folkman (1984), démontrant une relation entre l'estime de soi, le coping et les symptômes anxio-dépressifs. Aucune étude à ce jour n'a toutefois examiné les associations entre ces variables et le coping émotionnel de Stanton. La présente recherche vise ainsi à évaluer les associations unissant l'estime de soi, le coping émotionnel, le coping d'approche et d'évitement, ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux chez une population adolescente du Saguenay. De façon plus précise, elle vise à examiner, de façon concomitante, le rôle médiateur du coping émotionnel et du coping traditionnel dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux.

Basés sur la recension des écrits scientifiques, deux modèles de médiation multiple sont proposés : l'un pour la dépression et l'un pour l'anxiété. Ces modèles sont illustrés aux Figures 1 et 2. Les hypothèses qui décrivent les réseaux d'associations dont ces modèles sont composés sont présentées ci-dessous.

H1 : L'utilisation de stratégies de coping émotionnel prédit négativement la prévalence de symptômes dépressifs chez les adolescents.

H2 : L'utilisation de stratégies de coping émotionnel prédit négativement la prévalence de symptômes anxieux chez les adolescents.

H3 : L'estime de soi prédit positivement l'utilisation de stratégies de coping émotionnel.

H4 : Les deux types de coping à l'étude (émotionnel et d'approche et d'évitement) exercent un rôle médiateur entre l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux.

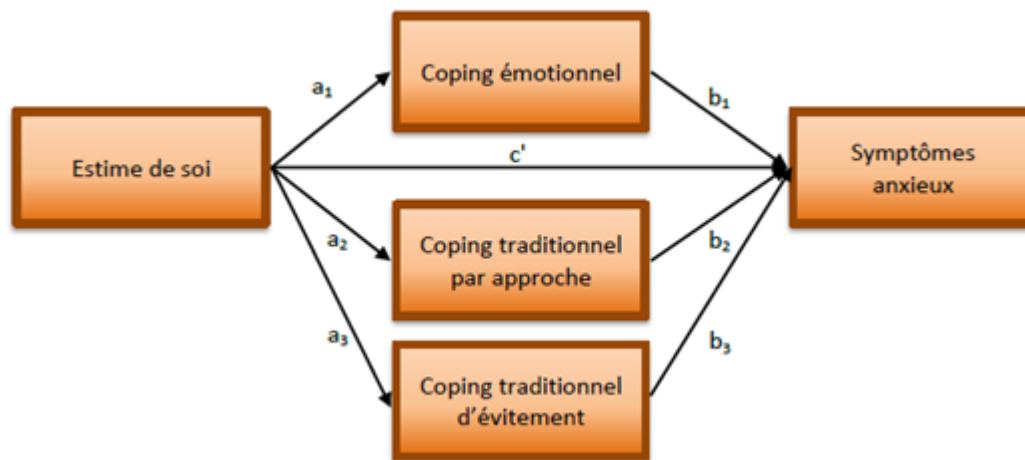


Figure 1. Modèle des symptômes dépressifs

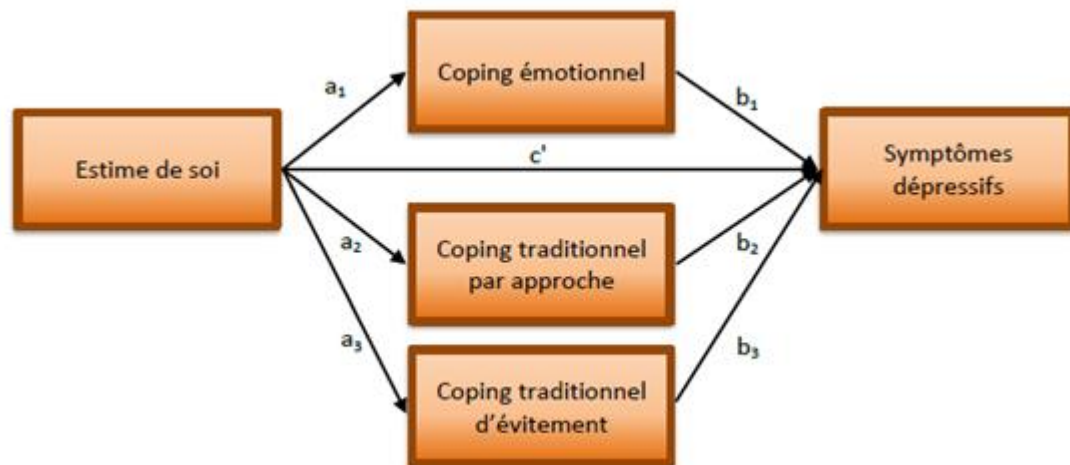


Figure 2. Modèle des symptômes anxieux

Méthode

Cette section décrit la méthode retenue dans le cadre de la présente étude. Elle se divise en quatre parties. La première partie présente une description de l'échantillon à l'étude. La seconde partie décrit les instruments de mesure utilisés et leurs propriétés psychométriques. La troisième partie présente le déroulement de l'étude alors que la dernière porte sur les analyses statistiques effectuées.

Participants

L'échantillon est composé de 408 élèves âgés entre 15 et 18 ans (moyenne de 15,6 ans) étudiant dans une polyvalente de la région du Saguenay. Tous les élèves de niveaux secondaires III, IV et V de cette école qui étaient présents à leur cours au moment de la présentation de l'étude ont été invités à compléter un questionnaire.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

Le questionnaire sociodémographique a été utilisé pour recueillir des informations sur diverses caractéristiques des participants, soit le sexe, l'âge, leur milieu de vie et leur parcours scolaire.

L'estime de soi

L'échelle utilisée pour mesurer l'estime de soi des participants est l'*Échelle de l'estime de soi de Rosenberg*, version française de la *Rosenberg Self-esteem Scale*. Cette échelle est un outil de nature unidimensionnelle qui permet d'évaluer la perception générale des participants en ce qui a trait à leur propre valeur (Vallières & Vallerand, 1990). Ce questionnaire permet d'obtenir de l'information sur la valeur et les qualités que la personne s'attribue. L'*échelle d'estime de soi de Rosenberg* s'avère l'un des instruments les plus utilisés dans les populations anglophones (Vallières & Vallerand, 1990). Cet instrument se présente sous forme de questionnaire comprenant 10 items. Le répondant doit indiquer à quel point il est d'accord avec chaque énoncé, par le biais d'une échelle de quatre points de type Likert, plus particulièrement entre 1 (Tout à fait d'accord), 2 (D'accord), 3 (Pas d'accord) et 4 (Pas du tout d'accord). La somme des items représente le score total. Plus celui-ci est élevé, plus le niveau d'estime de soi rapporté est élevé. Selon Vallières et Vallerand, l'instrument présente un coefficient de cohérence interne de 0.90. En ce qui concerne la fidélité test-retest, ils rapportent une corrélation de 0.85 pour un intervalle de deux semaines. Vallières et Vallerand ont mené des études dans le but d'évaluer les qualités psychométriques de la version française de ce questionnaire et les résultats indiquent des coefficients de cohérence interne se situant entre 0.70 et 0.88. En outre, ils mentionnent que la corrélation concernant le test-retest est très adéquate sur une période de trois semaines ($r=0.84$).

Le coping émotionnel

Le coping émotionnel a été mesuré à l'aide de *l'Échelle de coping émotionnel* (traduite par Tremblay & Émond en 2002), version québécoise francophone de *l'Emotional Approach Coping Scale* (Austenfeld & Stanton, 2004). Cette échelle permet d'évaluer le coping en lien avec la reconnaissance, la compréhension et l'expression des émotions. Elle mesure deux facteurs distincts, soit le processus et l'expression émotionnels. Le questionnaire comprend 16 items, dont huit sont reliés à chacun de ces deux facteurs. La première sous-échelle concernant le processus émotionnel permet d'évaluer les tentatives actives de reconnaître, d'explorer le sens, et d'en arriver à une compréhension de ses émotions. Parmi ses énoncés, on y retrouve «*J'essaie de comprendre mes sentiments*» et «*J'explore mes émotions*». La seconde sous-échelle, l'expression émotionnelle, permet d'évaluer les tentatives de la personne à refléter activement de façon verbale ou non verbale ses expériences émotives afin de les communiquer ou de les symboliser. Parmi les énoncés qui s'y rattachent, nous retrouvons «*J'exprime les sentiments que je ressens*» et «*Je me sens libre d'exprimer mes émotions*». À chacun des énoncés, les participants doivent répondre sur une échelle de quatre points de type Likert allant de 1 (*Je ne le fais pas du tout*) à 4 (*Je le fais beaucoup*). La somme des résultats fournit un score total et il est aussi possible de procéder à l'addition des éléments faisant partie de chacune des sous-échelles afin d'en arriver à deux scores distincts. Plus le score est élevé, plus le répondant utilise un niveau élevé de coping émotionnel.

Pour ce qui est des propriétés psychométriques de l'*Échelle de coping émotionnel*, quatre études menées par Stanton et ses collègues ont démontré qu'elles sont satisfaisantes (Stanton, Kirk, Cameron, & Danoff-Burg, 2000b). Les coefficients de cohérence interne sont de 0,96 pour le processus émotionnel et 0,95 pour l'expression émotionnelle, ce qui est très satisfaisant (Stanton & al. 2000b). La fidélité test-retest, sur une période de quatre semaines, est de 0,81 pour le processus émotionnel et de 0.79 pour l'expression des émotions, ce qui est aussi satisfaisant (Stanton et al. 2000b). Selon une étude d'Émond et Tremblay (2008) auprès de 242 adultes souffrant de douleur chronique, les propriétés psychométriques de la traduction française de cette échelle sont satisfaisantes, la cohérence interne pour le processus ainsi que l'expression émotionnelle est de 0.94.

Le coping d'approche et d'évitement

Les stratégies de coping d'approche et d'évitement ont été mesurées à l'aide de la version canadienne-française du *Self-Report Coping Scale* (Causey & Dubow, 1992 ; version canadienne-française, Hébert, Parent & Daignault, 2007). Cet instrument évalue les stratégies de coping à l'aide de cinq sous-échelles (chacune incluant quatre items pour 20 items au total), les classant en deux catégories, le coping d'approche et le coping d'évitement. Causey & Dubow incluent, dans l'échelle d'approche, les stratégies comprenant d'une part la recherche de support social (p.ex., *Je demande conseil à un ami*) et d'autre part la résolution de problème (p.ex., *J'essaie de penser aux différentes façons de régler le problème*), tandis que l'échelle d'évitement représente plutôt une

prise de distance (p.ex., *Je refuse d'y penser*) ainsi qu'une réaction émotionnelle externalisée (p.ex., *Je sacre tout haut*) ou internalisée (p.ex., *Je pleure à cause de ça*). L'individu doit choisir la réponse qui convient le plus à sa situation en lien avec un énoncé, à l'aide d'une échelle de style Likert à 5 points allant de 1 (*Jamais*) à 5 (*Toujours*). L'addition de chacun des scores permet de connaître le type de stratégies les plus couramment utilisées par le répondant à l'aide de l'échelle ayant obtenu le score le plus élevé. En ce qui concerne les propriétés psychométriques de la version originale, elles ont été vérifiées par les auteurs auprès de 481 enfants du primaire et ils ont obtenus une cohérence interne satisfaisante avec des alphas de Cronbach se situant entre 0.69 et 0.82 pour le coping face à des mauvais résultats et entre 0.68 et 0.84 en ce qui a trait au coping face aux conflits avec les pairs (Causey & Dubow, 1992). La fidélité test-retest, sur une période de deux semaines, se situe entre 0.60 et 0.73 pour le coping face à des mauvais résultats et entre 0.58 et 0.78 pour le coping face aux conflits avec les pairs. Hébert et al. (2007) ont réalisé une étude afin d'estimer la validité et la fidélité de cet instrument dans sa version canadienne-française et ils ont conclu que son utilisation est appropriée. Les scores des sous-échelles de la version courte française démontrent une validité interne adéquate ($\alpha > 0.72$). Selon Hébert et al., la validité de construit de la version française de cette outil a été supportée empiriquement. Le coefficient de Cronbach pour les scores aux sous-échelles se situe entre 0.66 (réaction émotionnelle internalisée) et 0.80 (recherche de soutien social) (Hébert & al., 2007). La version française du *Self-Report Coping Scale* possède une stabilité temporelle (fidélité test-retest) sur une période de quatre semaines pour chacune des sous échelles, soit de 0.71

pour la recherche de support social, de 0.71 pour la résolution de problème et de 0.75 pour l'extériorisation (Hébert & al., 2007).

Les symptômes dépressifs

Les symptômes dépressifs ont été mesurés à l'aide de la version française du *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale* ou le *CES-D* (Radloff, 1977) traduit en français par Führer et Rouillon (1989). Cette échelle est un questionnaire auto-administré conçu pour mesurer la symptomatologie dépressive dans la population générale (McDowell, 2006). L'évaluation met l'emphasis sur les composantes émotives reliées à cette condition telles l'humeur dépressive, les sentiments de culpabilité et d'inutilité, d'impuissance et de désespoir, les retards psychomoteurs, les perturbations de l'appétit ainsi que les troubles du sommeil. L'échelle est composée de 20 items. Les éléments sont cotés de 0 à 3 selon leur survenue dans la semaine et le seuil clinique est de 16. La somme des items, considérant une cotation inversée pour quatre d'entre eux, permet d'obtenir un score global. Plus le score global est élevé, plus la fréquence des symptômes dépressifs rapportés est élevée. Selon Radloff, la moyenne des scores obtenus dans un échantillon de patients dépressifs a été de 39.11. Il ajoute que 70 % des patients dépressifs obtiennent un score au-dessus de 16, comparativement à 21 % de la population générale.

Les items de la *CES-D* représentent des symptômes associés à la dépression déjà utilisés dans des échelles validées déjà existantes. Une étude de validation de l'échelle *CES-D* auprès de 1953 étudiants âgés de 14 à 21 ans a révélé un coefficient de cohérence interne de 0.85 en ce qui concerne la population générale (Chabrol & al., 2002) et de 0.90 dans un échantillon de patients psychiatriqués (Radloff, 1977). La fidélité test-retest, sur des périodes de quatre semaines à un an est modérée (0.45 à 0.70), ce qui, selon Radloff, s'explique par le fait que les symptômes affectifs fluctuent entre les administrations. Selon Mouren-Siméoni (1997), la *CES-D* discrimine bien la présence d'une pathologie affective des autres types de problématiques. En ce qui concerne les propriétés psychométriques de la version française, sa cohérence interne, évaluée auprès de 469 participants adultes francophones, se situe entre 0.83 et 0.96 (Morin & al., 2011).

Les symptômes anxieux

Les symptômes anxieux ont été mesurés à l'aide de l'*Échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfant* (Leroux & Robaey, 1999), version francophone du *Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)* (March, 1997). Le *MASC* est un questionnaire auto-rapporté composé de 39 énoncés qui a été conçu pour les gens âgés entre 8 et 18. Le *MASC* évalue l'anxiété dans quatre domaines : les symptômes physiques (9 items), l'anxiété sociale (10 items), l'évitement (9 items) et l'anxiété de séparation (11 items) (Bouvard, 2008; Wolraich, Drotar, Dworkin & Perrin, 2008). Les répondants doivent indiquer à quel niveau l'élément est vrai pour lui à l'aide d'une

échelle de type likert à quatre points, allant de 1 (*Jamais vrai*) à 4 (*Souvent vrai*). La somme des réponses aux items déterminent un score total. Un score élevé représente un niveau élevé de symptômes anxieux.

Les études supportent l'utilisation du *MASC* pour le dépistage de troubles anxieux chez les enfants (Wolraich & al., 2008) et selon plusieurs auteurs, ses propriétés psychométriques sont adéquates pour les adolescents. Selon Bouvard, Dantzer et Turgeon (2007), ce questionnaire permet de discriminer 95 % des enfants anxieux en rapport aux enfants non anxieux et 71 % des enfants anxieux par rapport aux enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Selon March et ses collaborateurs, la cohérence interne de chaque échelle se situe entre 0,64 et 0,85 tandis que la fidélité test-retest varie entre 0,71 et 0,93 pour les quatre variables (March, Parker, Sullivan, Stallings, & Conners, 1997). Pour ce qui est de la version québécoise, une étude auprès de 521 enfants québécois âgés entre 8 et 13 ans a démontré que la cohérence interne des sous-échelles varie de bonne à excellente et que cette version québécoise du *MASC* est un instrument fidèle pour évaluer l'anxiété chez les enfants (Turgeon, Chartrand, Robaey & Gauthier, 2006).

Procédure

Une lettre aux parents a d'abord été envoyée afin de les informer de la nature de la recherche et les élèves ont dû consentir par écrit à leur participation. Aussi, les chercheurs principaux de cette étude ont dû obtenir au préalable un certificat d'éthique auprès du Comité d'éthique de l'UQAC ainsi qu'une autorisation par la direction de l'école impliquée. Les données ont été recueillies par une méthode d'enquête par questionnaires administrés aux élèves par trois enseignantes dans le cadre du cours «Éthique et cultures religieuses». Ces dernières ont reçu au préalable une courte formation afin d'uniformiser la passation. Elles ont présenté, dans le cadre d'une période de classe, un formulaire de déclaration de consentement pour informer les participants sur la nature et les objectifs de ce projet de recherche. Par la suite, elles ont abordé le traitement confidentiel et anonyme des données recueillies, ainsi que les modalités de participation à la recherche. La passation d'un questionnaire auto-administré a suivi cette démarche lors d'une période de classe, n'impliquant que les élèves consentants. Pour remercier les élèves de leur participation, trois bons d'achat de 50 dollars ont été tirés au hasard parmi eux, soit un par niveau secondaire. La complétion du questionnaire a nécessité entre 25 à 45 minutes.

Schème de recherche et analyses statistiques

Cette étude a été réalisée à l'aide d'un schème d'étude transversal corrélationnel afin d'observer la nature des liens entre l'estime de soi, le coping (d'approche et d'évitement et émotionnel) et les symptômes anxio-dépressifs.

L'entrée de données a été réalisée à l'aide du logiciel statistique SPSS. Une vérification de la base de données a été effectuée afin d'assurer sa validité. Ensuite, des analyses statistiques descriptives ont été réalisées sur les données échantillonnelles à l'étude afin d'obtenir un portrait de celles-ci. En outre, pour chacune des analyses statistiques réalisées, le respect des postulats y étant associés a été assuré. Des analyses de régressions ont été effectuées pour mettre à l'épreuve l'ensemble des hypothèses avancées, telles que présentées par les modèles illustrés aux Figures 1 et 2. De façon plus précise, deux analyses de médiation multiple ont été réalisées. L'analyse de médiation multiple est un procédé proposé par Hayes (2012) et Preacher & Hayes (2008) dans laquelle une série de médiateurs peut être testée simultanément, en tenant compte de la relation entre une variable indépendante et une variable dépendante. L'analyse globale fournit ainsi de l'information sur les liens directs et indirects entre les variables et comparaison des médiateurs.

Dans le cadre de ce projet, chacun des deux modèles mis à l'épreuve comporte trois régressions simples et une régression multiple. Le premier de ces modèles, qui vise à prédire les symptômes dépressifs (voir Figure 1), inclut d'abord trois régressions simples qui évaluent l'association entre l'estime de soi, d'une part, et chacune des trois formes de coping, d'autre part. Il comprend ensuite une régression multiple, dont les quatre variables indépendantes sont l'estime de soi, accompagnée des trois formes de coping, et dont la variable dépendante est la dépression. La structure du second modèle, qui vise à prédire les symptômes anxieux (voir Figure 2), est identique à celle du premier modèle, la seule différence étant la variable dépendante de la régression multiple. De façon plus précise, les trois régressions simples du second modèle, qui évaluent l'influence de l'estime de soi sur les trois formes de coping, sont exactement les mêmes que dans le cas du premier modèle (et donneront donc les mêmes résultats). Les variables indépendantes (estime de soi, coping émotionnel, coping par approche et coping par évitement) de la régression multiple sont également les mêmes dans le premier et le second modèle. La variable dépendante (le critère) de la régression multiple du second modèle est toutefois différente : il s'agit de l'anxiété.

Dans ces deux modèles, les résultats obtenus comprennent, dans un premier temps, les coefficients de régression (standardisés et non standardisés) représentant l'association entre les paires de variables auxquelles ils réfèrent. Ces associations sont qualifiées d'effets directs. De plus, pour chacune des trois régressions simples et pour la régression

multiple, la proportion de variance de la variable dépendante qui est expliquée par la (ou les) variable(s) indépendante(s) est estimée au moyen du coefficient de détermination (R^2). Enfin, l'effet médiateur de chacune des trois formes de coping est testé en générant les effets indirects (qui sont obtenus en calculant le produit des deux effets directs non standardisés impliqués) et en évaluant leur signification statistique. Un effet indirect significatif signale la présence d'un effet médiateur. Cette procédure est dénommée test de Sobel (1982). L'analyse de médiation multiple de Hayes (Hayes, 2012; Preacher & Hayes, 2008) permet donc de réaliser l'ensemble des régressions qui constituent un modèle, de générer conjointement tous les effets directs et indirects de ce modèle et d'évaluer ainsi la présence concomitante de plusieurs effets médiateurs.

Résultats

Les données obtenues suite aux analyses statistiques effectuées sont détaillées dans les lignes suivantes. Cette section comporte trois parties. La première partie présente les analyses préliminaires. La seconde partie fait état des analyses descriptives et la dernière partie décrit les analyses principales.

Analyses préliminaires

Des analyses préliminaires ont été réalisées afin de s'assurer du respect des postulats de linéarité, de normalité et d'homoscédasticité. La banque de données originale était composée de 426 participants mais 18 d'entre eux présentaient une absence de données pour des échelles complètes. Par conséquent, ils ont été éliminés de l'analyse. La banque de données finale contient 408 participants. Les données manquantes ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS, module MVA, afin de déterminer s'il y avait un patron répétitif sous-jacent à leur absence. Selon le test MCAR (Missing Completely At Random) de Little, les valeurs manquantes ne semblaient pas être réparties de façon complètement aléatoire : $\chi^2(7406) = 7845,25$; $p < 0,001$. Pour cette raison, il s'est avéré nécessaire d'utiliser une procédure d'imputation par espérance-maximisation afin de remplacer ces valeurs manquantes par des valeurs probables estimées à l'aide d'un algorithme. Cette procédure est très importante étant donné que la

présence de données manquantes peut nuire considérablement à l'analyse (Tabachnick & Fidell, 2007). Toutes les analyses ont été effectuées à partir d'une base de données complète contenant ces valeurs substituées. Ceci permet aussi de calculer des sommes d'items plutôt que des moyennes d'items lors de la création de variables composées.

Toutes les variables composées ont été transformées en scores « z » afin de déceler la présence de données extrêmes. Suivant la procédure suggérée par Tabachnick et Fidell (2007), les valeurs extrêmes ont été ramenées à une unité de la valeur non-extrême la plus près (19 modifications). Afin d'évaluer le postulat de normalité, des analyses descriptives de toutes les variables à l'étude ont été à priori examinées. Le Tableau 1 présente l'analyse de normalité. Toutes les variables à l'étude présentent une distribution qui s'approche adéquatement de la normalité. La fidélité des échelles de mesure a également été vérifiée. Les coefficients de cohérence interne pour chacune des variables à l'étude se situent entre 0,73 et 0,93, indiquant un niveau de fidélité adéquat. En général, l'échantillon s'avère non clinique. Les participants présentent une symptomatologie anxio-dépressive légère et une bonne estime de soi. Ils utilisent en moyenne davantage le coping d'approche (moyenne de 3 sur 5 à l'échelle likert correspondant à «Quelques fois») que le coping d'évitement (moyenne de 2 sur 5 à l'échelle likert correspondant à «Presque jamais»). En moyenne, le coping émotionnel s'avère peu utilisé (moyenne de 2 sur 4 à l'échelle likert correspondant à «Je le fais un peu»).

Tableau 1
Analyse de normalité

	Minimum Observé	Maximum Observé	<i>M</i>	<i>ET</i>	Asymétrie	Kurtose
Symptômes dépressifs	0	43	13,79	9,14	0,968 (0,121)	0,746 (,241)
Symptômes anxieux	39	112	72,98	14,26	0,082 (0,121)	-0,313 (,241)
Estime de soi	15	40	31,96	5,34	-0,540(0,121)	0,090(,241)
Coping d'approche et d'évitement (approche)	8	40	24,58	6,07	-0,452(0,121)	0,286(,241)
Coping d'approche et d'évitement (évitement)	12	48	28,41	6,62	0,050(0,121)	0,172(,241)
Coping émotionnel	16	64	37,46	10,69	0,011(0,121)	-0,395(,241)

Analyses descriptives

La section suivante présente la description sociodémographique des participants incluant l'âge, le sexe, leur niveau scolaire actuel, leur situation familiale, leur fratrie, ainsi que le revenu total des 12 derniers mois et le niveau de scolarité de leurs parents.

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Les Tableaux 2 et 3 présentent les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude. Le Tableau 2 présente la situation familiale des adolescents composant l'échantillon. Parmi les 408 élèves de la polyvalente ayant répondu au questionnaire, 237 sont des filles et 171 des garçons. Près du tiers des répondants sont en secondaire 3 (n=140), en secondaire 4 (n=134) et en secondaire 5 (n=134). Parmi eux, 0,2 % sont âgés de 13 ans ou moins, 14,2 % de 14 ans, 29,2 % de 15 ans, 34,3 % de 16 ans, 19,1 % de 17 ans et 2,9 % de 18 ans et plus. La majorité des participants demeurent avec leurs deux parents (72 %). Les 30 % restant proviennent de familles monoparentales (10,3 %), recomposées (9,0) ou en garde partagée (7,1 %).

La moitié des participants n'ont aucun frère biologique et la même proportion indiquent ne pas avoir de sœur biologique. Par ailleurs, 37,3 % des répondants ont un frère et 40,7 % ont une sœur. Un peu plus de 10 % rapportent avoir deux frères ou deux sœurs biologiques et plus. Certains répondants ont des demi-frères (12,2 %) ou des demi-sœurs (9,8 %).

Tableau 2

Description sociodémographique des participants

Caractéristiques des participants	Résultats	
	Fréquence	Pourcentage valide
Sexe		
Féminin	237	58,1
Masculin	171	41,9
Âge		
14 ans et moins	59	14,4
15 et 16 ans	259	63,5
17 ans et plus	90	22,0
Année scolaire		
Secondaire 3	140	34,3
Secondaire 4	134	32,8
Secondaire 5	134	32,8
Vit actuellement avec		
Deux parents	293	72,0
Un parent seulement	42	10,3
Famille reconstituée	37	9,0
Garde partagée	29	7,1
Tuteur, tutrice ou famille d'accueil	5	1,2

Note. En raison des données manquantes, la somme des participantes ne totalise pas 408 individus dans tous les cas.

Tableau 2

Description sociodémographique des participants (suite)

Caractéristiques des participants (suite)	Résultats	
	Fréquence	Pourcentage valide
Composition de la fratrie		
Aucun frère biologique	204	50,1
Un frère biologique	152	37,3
Deux frères biologiques et plus	51	12,5
Aucune sœur biologique	195	47,8
Une sœur biologique	166	40,7
Deux sœurs biologiques ou plus	47	11,5
Aucun demi-frère	358	87,7
Aucune demi-sœur	368	90,2
Un demi-frère ou plus	50	12,2
Une demi-sœur ou plus	40	9,8

Note. En raison des données manquantes, la somme des participantes ne totalise pas 408 individus dans tous les cas.

Le Tableau 3 présente des données socioéconomiques additionnelles recueillies concernant les parents des adolescents, c'est-à-dire leur revenu total des 12 derniers mois

Tableau 3
Situation des parents

Caractéristiques des parents	Résultats	
	Fréquence	Pourcentage valide
Revenu total des parents (12 derniers mois)		
Moins de 15 000 \$	9	2,3
Entre 15 000 et 45 000 \$	47	11,8
Entre 45 000 et 60 000 \$	44	11,0
Entre 60 000 et 100 000 \$	124	31,1
Plus de 100 000 \$	52	13,0
Inconnu par le répondant	123	30,8
Niveau de scolarité du père		
Secondaire non complété	48	11,9
Secondaire complété	136	33,8
Collégial complété	80	19,9
Études universitaires complétées	56	13,9
Niveau de scolarité de la mère		
Secondaire non complété	53	13,2
Secondaire complété	104	25,9
Collégial complété	100	24,9
Études universitaires complétées	76	18,9

Note. En raison des données manquantes, la somme des participantes ne totalise pas 408 individus dans tous les cas.

ainsi que leur niveau de scolarité. Il est à noter que les montants rapportés correspondent à une estimation faite par le participant. Il est possible d'observer dans le Tableau 3 qu'un peu plus de 20 % des participants rapportent un revenu familial entre 15 000 \$ et 60 000 \$. La majorité des jeunes ont rapporté un revenu familial entre 60 000 \$ et 100 000 \$ (31,1 %). Neuf participants rapportent un revenu familial inférieur à 15 000 \$. À l'opposé, 52 d'entre eux (13 %), indiquent un revenu familial supérieur à 100 000 \$. Près du tiers affirment ne pas connaître le revenu de leurs parents.

Quant au niveau de scolarité des parents, 48 participants (11,9 %) rapportent des études secondaires non terminées du côté du père. La même situation est rapportée du côté maternel par 53 participants (13,2 %). Concernant uniquement le père, 30 % rapportent une scolarité de niveau secondaire, 19 % de niveau collégial, et 13,9 % de niveau universitaire. Parmi ces derniers, 6,2 % ont obtenus un certificat, 5,5 % un baccalauréat, 2 % une maîtrise et 0,2 % (un participant) un doctorat. En ce qui a trait à la mère, le quart des participants indiquent un niveau scolarité secondaire, 24,5 % collégial, et 18,9 % universitaire. Parmi ces dernières, 5,5 % ont obtenus un certificat, 10,7 % un baccalauréat, 1,7 % une maîtrise et 1 % un doctorat. Certains participants mentionnent ne pas connaître le niveau de scolarité de leur père (15,9 %) ou de leur mère (12,7 %).

Analyses principales

Le réseau d'association prévu entre les variables étudiées (voir Figures 1 et 2) a été mis à l'épreuve au moyen d'analyses de médiation multiple, conçues de manière à générer les effets directs et indirects requis (Hayes, 2012; Preacher & Hayes, 2008). Les coefficients de régression non standardisés (effets directs) et les effets indirects permettant l'identification des effets médiateurs (test de Sobel, 1892) sont rapportés au tableau 4. Les coefficients de régression standardisés et la taille de l'effet des régressions (R^2) sont présentés aux Figures 3 et 4.

Première hypothèse

L'hypothèse 1 suggère que l'utilisation de stratégies de coping émotionnel prédit négativement la prévalence des symptômes dépressifs chez les adolescents. Selon les résultats obtenus, cette hypothèse n'est pas supportée et un résultat significatif imprévu, qui va dans le sens contraire de cette hypothèse, a été obtenu. Une relation positive statistiquement significative est démontrée entre l'utilisation de stratégies de coping émotionnel et les symptômes dépressifs ($p = 0,027$).

Tableau 4

Analyses principales

	Dépression				Anxiété			
	Coefficient	ES	t/Z	P	Coefficient	ES	t/Z	p
Effet direct (c') (<i>estime ---> symptômes</i>)	-0,986	0,074	-13,37	< 0,001	-1,073	0,125	-8,58	< 0,001
VI à médiateur (a)								
a₁ (<i>estime ---> émotion</i>)	0,212	0,099	2,15	0,32	0,212	0,099	2,15	0,32
a₂ (<i>estime ---> approche</i>)	0,196	0,056	3,53	< 0,001	0,196	0,056	3,53	< 0,001
a₃ (<i>estime ---> évitement</i>)	-0,527	0,056	-9,46	< 0,001	-0,527	0,056	-9,46	< 0,001
Médiateur à VD (b)								
b₁ (<i>émotion ---> symptômes</i>)	0,081	0,037	2,22	0,027	0,172	0,062	2,77	0,006
b₂ (<i>approche ---> symptômes</i>)	-0,130	0,068	-1,92	0,055	0,523	0,115	4,56	< 0,001
b₃ (<i>évitement ---> symptômes</i>)	0,216	0,060	3,58	< 0,001	0,415	0,102	4,06	< 0,001
Effets indirects (ab)								
a₁b₁ (<i>estime/émotion/symptômes</i>)	0,017	0,012	1,47	0,142	0,037	0,022	1,63	0,103
a₂b₂ (<i>estime/approche/symptômes</i>)	-0,026	0,016	-1,64	0,101	0,103	0,037	2,75	0,006
a₃b₃ (<i>estime/évitement/symptômes</i>)	-0,114	0,034	-3,34	< 0,001	-0,218	0,059	-3,72	< 0,001
Note: Les coefficients sont non-standardisés. ES = erreur standard IC = Intervalle de confiance								

Deuxième hypothèse

Concernant l'hypothèse 2, proposant que l'utilisation de stratégies de coping émotionnel prédit négativement la prévalence de symptômes anxieux chez les

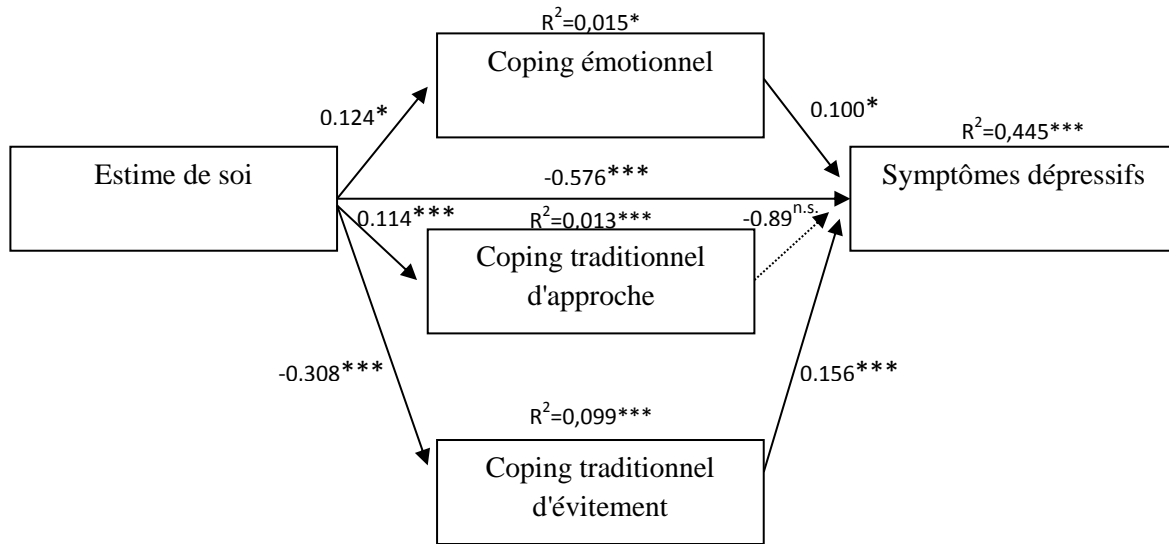
adolescents, elle n'est pas non plus supportée. Un résultat significatif contraire à cette hypothèse a été obtenu. Une association positive statistiquement significative est démontrée entre l'utilisation de stratégies de coping émotionnel et les symptômes anxieux ($p = 0,006$).

Troisième hypothèse

L'hypothèse 3, suggérant que l'estime de soi prédit positivement l'utilisation de stratégies de coping émotionnel, est supportée. Une relation positive statistiquement significative est démontrée entre l'estime de soi et le coping émotionnel ($p = 0,032$).

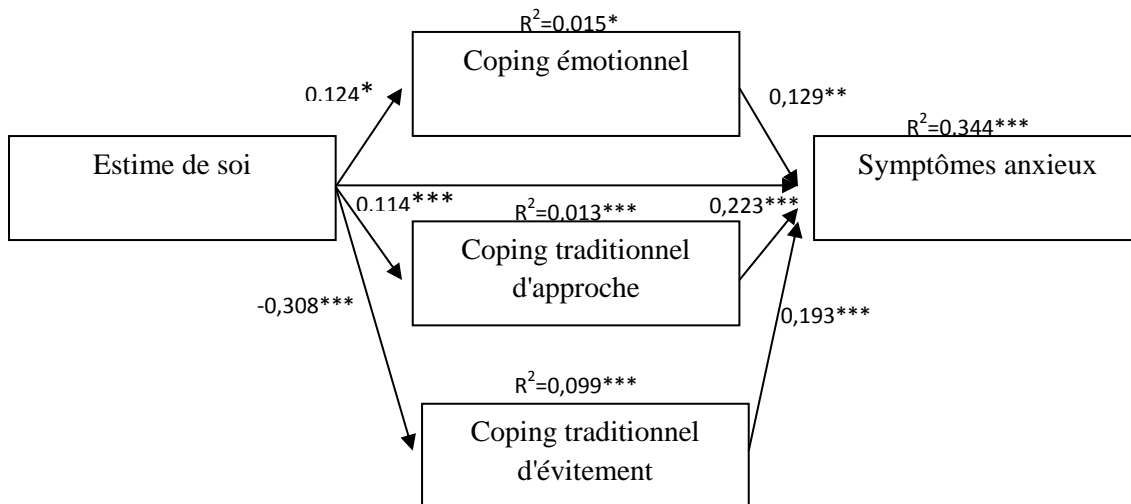
Quatrième hypothèse

Afin de tester l'hypothèse que les stratégies de coping pourraient jouer un rôle médiateur entre l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux, deux modèles de médiation multiple ont été testés (figures 3 et 4). Dans les prochains paragraphes seront résumés les résultats à l'hypothèse 4, mais également les résultats supplémentaires obtenus par l'analyse des modèles.



* $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$
 *** $p < 0,001$

Figure 3. Modèle des symptômes dépressifs



* $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$
 *** $p < 0,001$

Figure 4. Modèle des symptômes anxieux

Rôle médiateur du coping. Globalement, il est observé que le modèle de la dépression est dans son ensemble statistiquement significatif : $F(4,403) = 80,80$, $p < 0,001$. Au total, les prédictors expliquent 44,5 % de la variance des symptômes dépressifs. Le modèle de l'anxiété est aussi globalement statistiquement significatif : $F(4,403) = 52,84$, $p < 0,001$. Au total, les prédictors expliquent 34,4 % de la variance des symptômes anxieux. Il est également démontré un effet médiateur du coping d'évitement entre l'estime de soi et les symptômes dépressifs ($p < 0,001$). De tels effets médiateurs ne sont pas observés relativement au coping émotionnel ($p = 0,142$) et au coping d'approche ($p = 0,101$). Donc, seul le coping d'évitement agit comme variable médiatrice dans le modèle de dépression. Les présentes analyses de médiation multiple indiquent également que les stratégies d'approche ($p = 0,006$) et d'évitement ($p < 0,001$) jouent un rôle médiateur dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes anxieux. Quant au coping émotionnel, il n'exerce aucun effet médiateur entre l'estime de soi et les symptômes anxieux ($p = 0,103$).

Résultats supplémentaires. L'estime de soi a un effet direct sur les symptômes dépressifs et anxieux ($p < 0,001$ pour les deux variables). En outre, elle est également associée positivement à tous les types de coping (approche $p < 0,001$; évitement $p < 0,001$). Le lien unissant l'estime de soi et le coping d'évitement est beaucoup plus fort que celui associant l'estime de soi avec les deux autres types de coping évalués, en plus d'être négatif (coefficient coping d'évitement $-0,527$; coping d'approche $0,196$).

Dans le modèle de dépression, il apparaît que le coping émotionnel et d'évitement sont tous deux associés positivement aux symptômes dépressifs (émotionnel $p = 0,027$; évitement $p < 0,001$). Le coping d'approche est quant à lui associé négativement à ces symptômes ($p = 0,055$). Dans le modèle d'anxiété, tous les types de stratégies de coping à l'étude sont associés positivement aux symptômes anxieux (émotionnel $p = 0,006$; approche $p < 0,001$; évitement $p < 0,001$).

Discussion

Ce dernier chapitre présente une analyse des résultats de cette recherche et se divise en six parties principales. Dans un premier temps, un rappel des objectifs de l'étude est exposé. En second lieu, une synthèse des résultats obtenus relativement aux hypothèses de recherche est effectuée. La troisième partie porte sur la discussion des hypothèses de recherche. La quatrième partie fait état des implications théoriques et pratiques découlant de ces résultats. Quant à la cinquième partie, elle présente les principaux apports et limites de cette étude. Finalement, des pistes de recherches futures sont proposées dans la dernière partie.

Rappel des objectifs de recherche

La présente recherche vise à examiner la nature des associations unissant d'une part, le coping émotionnel et d'autre part, les symptômes dépressifs (H1), anxieux (H2) et l'estime de soi (H3) chez une population adolescente du Saguenay. Dans un second temps, le rôle médiateur du coping a été vérifié dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes anxieux ainsi que dépressifs. Basés sur la recension des écrits scientifiques, deux modèles de médiation multiple ont été proposés : le modèle de dépression et le modèle d'anxiété (H4).

Discussion des hypothèses de recherche

Première hypothèse

La première hypothèse, suggérant que l'utilisation de stratégies de coping émotionnel prédit négativement la prévalence de symptômes dépressifs chez les adolescents, n'est pas supportée et un résultat négatif imprévu, qui va dans le sens contraire de cette hypothèse, a été obtenu. Les analyses indiquent plutôt que l'utilisation du coping émotionnel prédit positivement la prévalence de symptômes dépressifs chez les adolescents. Ce résultat est contre-intuitif considérant que Stanton et son équipe ont documenté le potentiel adaptatif du coping émotionnel chez les adultes face à certains types de stressors, incluant l'infertilité, le cancer du sein et la douleur chronique (Austenfeld & Stanton, 2004). Des différences entre la présente recherche et celles de Stanton ont pu contribuer à l'obtention de résultats divergents dont le devis de recherche, la gestion émotionnelle à l'adolescence, les ressources et contraintes individuelles et environnementales ainsi que les compétences adaptatives des participants.

Devis de recherche. Des différences au niveau de la méthodologie sont observées entre l'étude actuelle et celles de Stanton. Pour évaluer l'efficacité de l'approche de coping émotionnel, six études longitudinales ont été réalisées (Beals & al., 2009; Berghuis & Stanton, 2002; Stanton & al., 1994, Study 2; Stanton & al., 2000a; Stanton & al., 2000b, Study 3 & 4) alors que la présente recherche propose un devis transversal, donc à mesure unique. Des phénomènes observables dans le cadre de recherches

longitudinales ne peuvent être mis en lumière avec un devis transversal. Par exemple, dans l'étude de Berghuis et Stanton, une augmentation des symptômes dépressifs est rapportée au temps 2 chez des couples rencontrant des problèmes d'infertilité, soit à l'annonce d'un résultat négatif à un test de grossesse. Ces derniers chercheurs observent également au temps 2 une diminution des symptômes dépressifs chez les hommes qui utilisent certaines stratégies de coping. Un tel phénomène est également mis en lumière dans une autre étude de Stanton (2000a) réalisée auprès de patientes recevant un traitement médical pour le cancer du sein. Une augmentation de la détresse et une diminution des émotions positives ont été observées entre le temps 1 et le temps 2 avec l'adoption de stratégies de coping d'évitement. Dans le cadre de la recherche actuelle, les analyses permettent d'obtenir une mesure unique en un temps donné. Dépendamment de la stratégie de coping émotionnelle utilisée, le résultat peut être instantané (p.ex. «Je prend le temps d'exprimer mes émotions») mais également progressif (p.ex. «J'explore en profondeur mes sentiments afin de bien les comprendre»). L'utilisation efficiente des stratégies associées au processus émotionnel est relativement complexe; les efforts et le temps qu'elle nécessite peuvent dépendre de chacun. Une mesure unique ne permet pas de mettre en lumière l'ensemble des effets à moyen et long terme du processus de coping émotionnel sur la symptomatologie dépressive. La nature des liens unissant le coping émotionnel et la manifestation de symptômes dépressifs pourrait être précisée avec l'utilisation d'un devis longitudinal.

Gestion émotionnelle à l'adolescence. Rappelons que le modèle de coping émotionnel de Stanton a été essentiellement étudié auprès de participants adultes, notamment des étudiants universitaires, des jeunes adultes dont un parent présente une maladie physique ou psychologique chronique, ainsi que des adultes souffrant de douleurs myofaciales chroniques, d'infertilité ou du cancer du sein. Des spécificités reliées à la population adolescente doivent être prises en compte, particulièrement en ce qui a trait au contexte développemental qui caractérise cette période.

À la première année du secondaire, un adolescent devrait posséder des compétences de régulation émotionnelle (Cole, Martin, & Dennis, 2004), mais certains d'entre eux n'auraient pas encore développé celles-ci à cette étape (Macklem, 2007). Pour d'autres, leurs stratégies de régulation des émotions seraient parfois inefficaces (Colten, 1991; Underwood & Rosen, 2011). Il est d'ailleurs à noter que les données de la présente étude indiquent une faible utilisation des stratégies de coping émotionnel par les participants (voir Tableau 1). Cette spécificité relative au contexte développemental en regard des stratégies de coping émotionnel contribue à expliquer en partie pourquoi les analyses actuelles démontrent que leur utilisation prédit positivement la prévalence de symptômes dépressifs.

Les ressources et contraintes individuelles et environnementales. Une deuxième explication relative à ce résultat concerne certaines variables pouvant être difficilement

contrôlées dans le cadre de l'envergure du présent essai doctoral : les ressources et les contraintes individuelles et environnementales.

Au cours de l'enfance et de l'adolescence, les parents occupent une grande place dans la vie personnelle et sociale de leur enfant. Plusieurs auteurs affirment que le développement des capacités de gestion émotionnelle de leur progéniture dépend en partie de ceux-ci, voire du style parental, du mode d'attachement et de l'état psychologique du parent (Abela & Hankin, 2008; Frydenberg, 2008; Lagacé-Séguin & Coplan, 2005; Lagacé-Séguin & Gionet, 2009; Nolen-Hoeksema & Hilt, 2012). L'influence parentale peut à cet égard constituer une ressource ou une contrainte pour l'adolescent.

Selon Lazarus et Folkman (1984), lorsqu'un individu vit une situation stressante, les stratégies de coping qu'il met en œuvre sont influencées par deux catégories de variables reliées à la personne et son environnement : ses ressources et ses contraintes. Les ressources d'un individu sont la santé, l'énergie, certaines croyances positives, les compétences reliées à la résolution de problèmes, les compétences sociales, le soutien social et les ressources matérielles dont il peut bénéficier. Ses contraintes correspondent plutôt à des contraintes personnelles (p.ex. valeurs, croyances, besoins de dépendance, peur de l'échec ou du succès), des contraintes liées à l'environnement (p.ex. manque de ressources disponibles, compétition entre les individus pour leur usage) et le niveau de menace (p.ex. en cas de menace élevée l'individu pourrait ne plus avoir accès à ses

ressources). L'adolescence est une période propice à la rencontre de certaines ressources et contraintes pouvant influencer le choix des stratégies de coping (p.ex. sous l'autorité et dépendant des adultes, en recherche d'identité, soumis à des changements physiologiques et psychologiques reliés à la puberté). Stanton mentionne elle-même que des caractéristiques individuelles et environnementales jouent un rôle modérateur dans la relation entre l'approche de coping émotionnel et les bienfaits pour la santé (Austenfeld & Stanton, 2004), notamment les caractéristiques de l'expression émotionnelle, de la situation de stress, du contexte social et de l'individu (Stanton & Low, 2012). Par exemple, des femmes souffrant de cancer du sein ont rapporté que leurs stratégies d'expression émotionnelle s'avéraient davantage bénéfiques (c.à.d. une meilleure qualité de vie et moins de détresse) lorsqu'elles bénéficiaient d'un environnement interpersonnel plus réceptif (Stanton, 2011). Aussi, l'expression émotionnelle serait prédicteur des symptômes dépressifs chez les jeunes femmes, mais non chez leurs confrères masculins (Stanton & al. 1994). Donc, l'accessibilité de différentes réponses de coping dépend de l'ensemble de facteurs caractérisant la situation stressante et le sujet lui-même (Stanton & Low, 2012; Tarquinio & Spitz, 2012). Ces variables non-contrôlées agissant comme ressources ou contraintes personnelles et environnementales peuvent avoir eu une influence sur la relation observée unissant le coping émotionnel et la dépression au sein de l'échantillon à l'étude.

Compétences adaptatives des participants. La résistance individuelle au stress, parfois nommée «résilience» ou «compétences adaptatives», pourrait également

expliquer en partie les résultats relatifs à la première hypothèse à l'effet que le coping émotionnel prédit positivement la prévalence de symptômes dépressifs. Selon divers auteurs, les compétences adaptatives au stress se développent progressivement par l'exposition à des situations lors desquelles un individu a maîtrisé efficacement un événement perçu comme stressant (Sander & Scherer, 2009; Tarquinio et Spitz, 2012). Selon Sander et Scherer, l'exposition répétée à des situations de stress maîtrisables facilite l'acquisition de compétences nouvelles de gestion. Par conséquent, ces compétences ont un impact positif sur le niveau de stress perçu (Sander & Scherer, 2009). Il est alors probable que les participants aux études de Stanton, des adultes touchés de près par la maladie ou la souffrance, soient davantage portés à utiliser des stratégies de coping émotionnel et qu'ils possèdent plus de compétences adaptatives. Dans la présente étude, aucune donnée n'a été recueillie relativement aux expériences passées d'exposition au stress des participants. Rappelons ici que la population à l'étude s'avère non-clinique. Les participants réalisent des études de niveau secondaire au Saguenay; les trois quart de ceux-ci rapportent un revenu familial de plus de 60 000 \$ et près de 70 % de leurs parents sont diplômés (études secondaires, collégiales ou universitaires). De par leur jeune âge et leur situation (p.ex. moyens financiers et milieu scolarisé), il est alors probable que les participants de la présente étude aient été moins exposés à des situations de stress que ceux composant les populations étudiées par Stanton, qui sont directement ou indirectement touchés par des difficultés physiques chroniques ou psychologiques.

En somme, il était attendu que l'utilisation du coping émotionnel prédise négativement les symptômes dépressifs chez les participants. Les résultats actuels indiquent plutôt le contraire. Un devis de recherche longitudinal aurait peut-être permis d'observer une diminution des symptômes à moyen terme, comme c'est le cas dans diverses études de Stanton. Également, il importe de rappeler que la gestion émotionnelle à l'adolescence est en développement. Par conséquent, les capacités de l'adolescent, grandes ou limitées, peuvent avoir un impact sur ses compétences de coping émotionnel. Aussi, des variables individuelles et environnementales non-contrôlées reliées à cette période ainsi que les compétences adaptatives des participants pourraient expliquer les résultats obtenus.

Deuxième hypothèse

Les résultats relatifs à la deuxième hypothèse indiquent que les stratégies de coping émotionnel prédisent positivement la prévalence de symptômes anxieux. Ces résultats ne corroborent pas les observations de Stanton et ses collaborateurs, à l'effet que l'approche de coping émotionnel présente un bon potentiel adaptatif. Toutefois, Austenfeld et Stanton (2004) rapportent qu'une relation positive entre les stratégies de coping liées à l'émotion et la symptomatologie anxieuse a été suggérée par plusieurs chercheurs qui ont utilisés d'autres instruments, notamment *l'inventaire de coping pour situations stressantes (CISS)* et *l'inventaire COPE*. Deux hypothèses sont présentées afin d'expliquer les présents résultats : l'adolescence est une période propice à la survenue de

symptômes anxieux et l'anxiété peut être une composante du processus de coping émotionnel. De plus, certains des éléments discutés pour la première hypothèse pourraient également expliquer en partie les résultats obtenus à la deuxième hypothèse : la gestion émotionnelle à l'adolescence et les compétences adaptatives des participants à l'étude.

L'adolescence comme période de vulnérabilité au stress. Malgré leurs tentatives de coping émotionnel, il est possible que les adolescents manifestent des symptômes anxieux conséquemment aux nombreux changements qui caractérisent cette étape de vie, voire des changements physiques, psychologiques, familiaux et sociaux (Bee & Boyd, 2003; Braconnier & Marcelli, 1998). L'adolescence est une période se situant entre l'enfance et l'âge adulte, lors de laquelle l'individu tente de se situer entre «la personne qu'il veut être» et «celle que les autres voudraient qu'il soit». Erik Erickson, auteur de la théorie du développement psychosocial, explique cette période comme étant la cinquième crise, consistant en une recherche d'identité versus une confusion ou diffusion des rôles (Hansenne, 2003). Cette période de recherche identitaire pousse l'individu à acquérir du discernement et une compréhension du monde réel, lui permettant ainsi de considérer sa vision de la vie comme une variante acceptable de la manière dont chacun mène sa vie avec succès (Hansenne, 2003; Thomas & Michel, 1994). Cette période charnière serait propice à la manifestation de symptômes anxieux (Braconnier & Marcelli, 1998; Thomas & Michel, 1994) puisqu'elle situe l'individu dans

un état de vulnérabilité psychique potentiel (Braconnier & Marcelli, 1998) et qu'elle entraîne souvent des conflits entre l'adolescent et ses parents ou les personnes proches de lui (Thomas & Michel, 1994).

Anxiété comme faisant partie du processus de coping émotionnel. L'émotion s'intègre dans un groupe de processus affectifs distincts, comprenant la régulation émotionnelle (Gross, 1998). Gross classe cette dernière en deux temps, d'une part la régulation centrée sur les antécédents émotionnels et, d'autre part, la régulation centrée sur les réponses émotionnelles. La distinction entre ces deux construits est temporelle : le premier s'applique avant que l'émotion n'ait vu le jour et le second s'opère uniquement lorsque les réponses ont déjà été bien activées (Gross & John, 2003). Le coping s'amorce uniquement lorsque l'émotion est présente. Lorsqu'une émotion se fait ressentir, l'anxiété ou le stress perçu exercent un rôle important dans le déclenchement du processus de coping, soit comme signal d'alarme (Lazarus & Folkman, 1984; Selye, 1983; Zeidner & Endler, 1996). Par conséquent, la présence de symptômes anxieux n'est pas nécessairement associée à un coping inefficace. Leur présence est suivie d'un processus d'évaluation cognitive dit primaire (*primary appraisal*) et ensuite, secondaire (*secondary appraisal*), afin de déterminer la signification de la situation pour l'individu et ainsi choisir des stratégies de coping adaptées (Lazarus, 2001; Lazarus & Folkman, 1984). Une mesure unique (devis transversal) ne permet pas de savoir si l'anxiété perçue initie le processus de coping ou si elle le succède. Dans ce contexte, le rôle de l'anxiété comme initiateur du processus de coping explique peut-être en partie la relation positive

significative observée entre le coping émotionnel et la symptomatologie anxieuse dans le cadre de la présente étude.

La gestion émotionnelle à l'adolescence et les compétences adaptatives des participants à l'étude. Comme dans le cas de la première hypothèse, il importe de rappeler que les adolescents ne possèdent pas tous une facilité à réguler leurs émotions. De bonnes habiletés de régulation émotionnelle permettent un autocontrôle émotionnel efficace et durable sur leurs émotions, ce en atteignant des objectifs socialement acceptables (Lemelin, 2012). Cependant, certaines stratégies de régulation émotionnelle moins adaptées peuvent diminuer l'efficacité du coping émotionnel et ainsi contribuer à la survenue de symptômes anxieux. Rappelons par ailleurs que la population étudiée est non-clinique, contrairement à celle étudiée par Stanton. En outre, selon Sander & Scherer (2009) ainsi que Tarquinio & Spitz (2012), une exposition répétée à des situations de stress favoriserait l'acquisition de compétences adaptatives. Les participants à la recherche actuelle, de par entre autre leur jeune âge et leurs caractéristiques économiques, ont probablement été peu exposés à des situations de stress. Il est alors possible qu'ils possèdent moins de compétences adaptatives que les populations étudiées par Stanton, ce qui pourrait expliquer qu'ils rapportent de l'anxiété malgré certaines tentatives d'adaptation.

Troisième hypothèse

La troisième hypothèse, selon laquelle l'estime de soi prédit positivement l'utilisation de stratégies de coping émotionnel, est confirmée. Les résultats actuels vont dans le même sens que ceux rapportés par divers auteurs, notamment Lazarus et Folkman (1984), Mann et al. (2004), Avison et Gotlib (1994) ainsi que Baumeister et al. (2003) indiquant une influence de l'estime de soi sur l'efficacité du coping. Des plus, les résultats relatifs à la troisième hypothèse appuient également les conclusions de Bee et Boyd (2003) indiquant que l'estime de soi joue un rôle primordial dans le développement personnel et social des adolescents. Cette relation significative était attendue puisque plusieurs auteurs rapportent une relation entre l'estime de soi et la santé mentale. En raison du poids de l'évidence empirique, seul ce facteur a été retenu pour justifier les résultats concernant l'hypothèse 3.

Estime de soi et santé mentale. Peu de recherches démontrent actuellement une relation unissant spécifiquement le coping émotionnel de Stanton et l'estime de soi. Une de ces recherches (2000b) a mis en lumière une relation positive entre les stratégies de traitement émotionnel et l'estime de soi chez des étudiantes de niveau universitaire ; cette relation n'a cependant pas été observée chez leurs confrères masculins. Néanmoins, la relation entre l'estime de soi, la santé mentale et l'adaptation a été largement démontrée dans les écrits scientifiques (Austenfild & Stanton, 2004; Harter, 2001; Labelle & al., 2001; Mann & al. 2004; Mruk, 2006). En effet, plusieurs études

démontrent une relation entre l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux chez les adolescents (Guillon & Crocq, 2004).

Une faible estime de soi serait associée entre autre à des problèmes de comportement et de santé mentale (Famose & Bertsch, 2009; Harter 1983; Krantzler & Miner, 1994; Rosenberg, 1965, 1986) ainsi qu'à des difficultés d'adaptation aux changements (Modrain-Talbott, Pullen, Kandstra, Ehrenberger & Muenchen, 1998). Par ailleurs, l'estime de soi aurait une influence sur la manière dont les stressseurs perturbent un individu (Avison & Gotlib, 1994) et aussi sur la perception qu'il a de ses habiletés de coping (Baumeister & al. 2003). En d'autres mots, un individu présentant une estime soi élevée serait moins perturbé par les stressseurs, percevrait les événements négatifs comme étant moins graves, se percevrait davantage en contrôle et serait plus optimiste en ce qui concerne ses capacités d'adaptation.

Quatrième hypothèse

Enfin, il était attendu que les coping émotionnel et d'approche et d'évitement joueraient un rôle médiateur dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux. Les présents résultats ont permis de corroborer partiellement cette hypothèse. Le coping d'évitement joue un rôle médiateur dans le modèle de dépression et les stratégies d'approche et d'évitement jouent un rôle médiateur dans le modèle

d'anxiété. Quant au coping émotionnel, il ne contribue pas en tant que médiateur à la relation unissant l'estime de soi et les symptômes anxio-dépressifs. Dans la prochaine section, seront discutés les résultats relatifs à la quatrième hypothèse, et par la suite, les données obtenues par l'analyse des deux modèles de médiation multiple.

Rôle médiateur du coping émotionnel et d'approche et d'évitement. Le rôle médiateur du coping émotionnel a été peu étudié jusqu'à maintenant. Cependant, une étude réalisée auprès de 199 femmes ayant reçu un diagnostic récent de cancer du sein sans métastase (avec groupe contrôle), a permis d'observer un effet médiateur du coping émotionnel (Antoni, Lechner & al., 2006). Ces femmes ont participé à un séminaire éducatif, incluant des interventions cognitivo-comportementales, se déroulant sur une journée. Ce séminaire faisait la promotion des stratégies de coping émotionnel. Les chercheurs ont constaté que la confiance en ses habiletés à relaxer jouerait un rôle médiateur sur les effets de ces interventions (Antoni, Lechner & al., 2006; Antoni, Wimberly & al., 2006). Aussi, l'usage de stratégies d'expression émotionnelle aurait un effet médiateur dans la relation entre, d'une part, ces interventions cognitivo-comportementales et, d'autre part, une diminution des affects négatifs et un meilleur état psychologique (Antoni, Carver & Lechner, 2006).

Le rôle médiateur du coping traditionnel a été étudié par quelques chercheurs, notamment Evers, Klusmann, Schwarzer et Heuser (2012) ainsi que Wissing et al.

(2011). L'étude de Wissing et al., réalisée auprès de 3800 adultes africains, a permis de démontrer que le coping joue un rôle médiateur entre les symptômes anxio-dépressifs et le bien-être psychosocial. Également, dans une échantillon non-clinique de personnes âgées berlinoises participant à un programme d'exercice physique (N=86), Evers, Klusmann, Schwarzer et Heuser ont démontré que le coping intervient comme médiateur dans la relation entre les intentions (soit le désir de réaliser assidument l'entièreté du programme) et les comportements (soit le fait de participer au programme).

Les résultats de la présente étude suggèrent que le coping d'évitement serait celui qui exerce la plus grande influence sur la relation unissant l'estime de soi et les symptômes anxio-dépressifs chez les adolescents. Ce constat est corroboré par les conclusions de plusieurs chercheurs, notamment Frydenberg (2004, 2008), Herman-Stahl et al. (1995), Leclerc, et al. (2009) ainsi que Seiffge-Krenke & Klessinger (2000). Leurs études ont en effet permis de démontrer que les stratégies d'évitement sont associées à un plus grand risque de présenter des symptômes dépressifs et de sévérité plus importante, que ceux qui utilisent des stratégies de coping productives ou d'approche. Le lien existant entre les stratégies d'évitement et la symptomatologie dépressive est d'ailleurs largement démontrée dans les écrits scientifiques (Frydenberg, 2004; Herman-Stahl & al. 1995). Il s'avère que cette tendance s'observe également chez les participants de la présente étude.

Dans le cas de l'anxiété, les résultats actuels vont dans le même sens que ceux de divers auteurs, incluant Mattis et Ollendick (2002) ainsi que Seiffge-Krenke et Klessinger (2000), mentionnant que les stratégies d'évitement sont généralement associées à une prévalence plus grande d'anxiété. Quant aux stratégies d'approche en regard à l'anxiété, l'avis est partagé selon les auteurs. Compas et al. (2001) rapportent avoir recensé vingt-cinq études, notamment d'Eisenberg et ses collaborateurs (1994) ainsi que de Wadsworth et Compas (2002), dont les résultats mettent en évidence une relation entre l'utilisation de stratégies d'approche et une diminution des symptômes internalisés. Par symptômes internalisés, il est question de symptômes dépressifs, anxieux et somatiques (Compas & al., 2001). Toujours selon Compas et son équipe, neuf études démontrent une association entre l'utilisation de stratégies d'approche et une augmentation des symptômes internalisés, notamment Hoffman et al. (1991) ainsi que Plancherel et Bolognini (1995). Afin d'expliquer la présence d'une relation positive entre les stratégies d'approche et l'anxiété, certaines variables sont nommées, dont l'âge et le genre. Par exemple, Hoffman et son équipe ont découvert que, bien que des efforts de coping d'approche soient réalisés par les adolescents plus jeunes, l'efficacité de ces stratégies serait augmentée chez les adolescents plus âgés. En somme, que les stratégies d'approche soient associées positivement ou négativement à l'anxiété, la relation qui unit ces variables à tout le moins été démontrée. Donc, les écrits scientifiques confortent les résultats actuels, indiquant le rôle médiateur des stratégies d'approche dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes anxieux.

Les résultats actuels n'ont toutefois pas permis de mettre en lumière un effet médiateur du coping émotionnel de Stanton dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux. Rappelons que les résultats de la présente recherche suggèrent que le coping émotionnel prédit positivement la prévalence de symptômes anxio-dépressifs chez les adolescents (H1 et H2). Considérant l'ensemble des résultats obtenus en regard au coping émotionnel, il est constaté que l'étude de ces stratégies de coping chez les adolescents s'avère complexe en raison notamment du contexte développemental. Selon Compas, Worsham et Ey (1992), les stratégies de coping centrées sur le problème seraient utilisées plus tôt dans le développement ; elles seraient plus faciles à utiliser et à encadrer par l'adulte. Ces auteurs ajoutent que l'utilisation des stratégies de coping centrées sur l'émotion surviendrait plus tard au cours du développement, l'individu devenant de plus en plus conscient du contrôle qu'il exerce sur ses émotions. La recherche actuelle ne permet pas d'obtenir des précisions quant à l'augmentation progressive d'utilisation du coping émotionnel en fonction de l'âge.

Pendant l'enfance, des efforts volontaires de réponse au stress (c.à.d. des stratégies de coping) sont tentées, principalement par le biais de comportements et de moyens concrets, afin d'obtenir de l'assistance et du réconfort de l'autre, de fuir une menace ou de demeurer en sécurité (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding-Thomsen & Wadsworth, 2001). Selon Compas et al., des stratégies plus complexes pour palier aux émotions négatives et résoudre des problèmes apparaissent plus tard dans l'enfance, avec le développement d'un langage plus diversifié et d'habiletés métacognitives (incluant la

capacité de se représenter la personne qui en prend soin même en son absence, l'aptitude de se parler à soi-même pour se calmer lors d'émotions négatives et aussi d'organiser et de générer des alternatives à la résolution d'un problème). Une plus grande flexibilité et une gamme plus étendue de stratégies d'adaptation sont observées au fil du développement (Compas & al. 2001; Dumont & Plancherel, 2001). Avec l'augmentation des capacités métacognitives au début de l'adolescence, l'individu devrait posséder à cet âge une plus grande capacité à utiliser des stratégies correspondant à la nature perçue ou objective du stress auquel il fait face (Compas, & al., 2001; Dumont & Plancherel, 2001). Selon Compas, Malcarne et Fondacaro (1988), l'utilisation des stratégies de coping centrées sur le problème tend à demeurer stable de la 6^e année du primaire à la deuxième année du secondaire (des grades 6 à 8 aux États-Unis), tandis que l'utilisation de stratégies de coping centrées sur l'émotion s'avère en augmentation dans cette période. Cependant, différentes positions sont relevées dans les écrits scientifiques en ce qui a trait à l'utilisation du coping émotionnel chez les enfants et les adolescents. Par exemple, une étude de Spirito, Stark, Grace et Stamoulis (1991) arrive à la conclusion que les enfants de 9 à 11 ans utiliseraient davantage de stratégies de régulation des émotions qu'à 14 ans. Les différentes conclusions à l'égard de l'utilisation du coping émotionnel chez les enfants et les adolescents s'expliquent possiblement par des différences en regard aux échantillons, aux types de coping émotionnel étudiés et aux situations de stress vécues (Dumont & Plancherel, 2001).

Modèles de médiation multiple. D'abord, l'analyse du modèle de médiation multiple de la dépression met en lumière une relation directe négative statistiquement significative entre l'estime de soi et la dépression. L'estime de soi s'avère une variable prédictrice négative relativement aux stratégies d'évitement du coping d'approche et d'évitement et positive concernant les stratégies d'approche et le coping émotionnel. En d'autres mots, une bonne estime de soi permet de prédire l'utilisation de stratégies de coping plus adaptées. Les stratégies d'évitement prédisent positivement la prévalence de symptômes dépressifs. En ce qui a trait au modèle de médiation multiple d'anxiété, il indique les mêmes résultats concernant la relation entre l'estime de soi et tous les types de coping à l'étude. En outre, on note une relation prédictive négative entre l'estime de soi et les symptômes anxieux. On observe également une relation prédictive positive unissant le coping d'évitement à l'anxiété.

Selon la présente étude, une meilleure estime de soi prédit un choix de stratégie de coping plus judicieux et une plus faible prévalence de symptômes anxio-dépressifs. Tel que discuté à la troisième hypothèse, cette relation entre l'estime de soi et le coping d'approche et d'évitement est bien établie sur le plan scientifique (Chapman & Mullis, 1999; Frydenberg, 2008; Mann & al., 2004). Les résultats actuels démontrent que la relation entre l'estime de soi et le coping d'approche et d'évitement est plus forte que celle entre l'estime de soi et le coping émotionnel.

Les recherches antérieures réalisées auprès de populations adolescentes concernent presque exclusivement le coping traditionnel, tel le coping d'approche et d'évitement. Les résultats de cette présente recherche laissent présager que l'étude du coping d'approche et d'évitement chez cette population est un choix fondé et pertinent, puisque ce n'est qu'avec ce type de coping que des relations significatives ont été démontrées.

En somme, il était attendu que le coping joue un rôle médiateur dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux. Parmi le corpus de connaissances actuelles, l'effet médiateur du coping a été démontré par divers chercheurs, mais peu d'études ont concerné le coping émotionnel. Les résultats de la présente recherche corrobore un effet médiateur du coping d'approche et d'évitement, notamment des stratégies d'évitement dans le cas de la dépression ainsi que des stratégies d'approche et d'évitement dans le cas de l'anxiété. Mais cette étude n'a pas permis de conforter un rôle médiateur du coping émotionnel. En outre, les modèles de médiation multiple analysés mettent en lumière l'importance de l'estime de soi par rapport au choix des stratégies de coping utilisées.

Implications théoriques et pratiques

Implications théoriques

Par son apport empirique, la présente étude apporte une contribution significative au corpus de connaissances relatives à l'adaptation psychologique des adolescents face aux situations de stress. Elle permet d'approfondir nos connaissances relativement à l'utilisation des stratégies de coping par les adolescents. Elle précise également la nature de la relation entre le coping et la santé mentale. L'apport original de cette recherche, tel qu'il a été précédemment énoncé, est qu'elle s'avère l'une des premières à s'intéresser à l'application du modèle de coping émotionnel de Stanton auprès d'une clientèle adolescente. Les données empiriques supportent le rôle médiateur du coping d'approche et d'évitement à l'adolescence de même que l'importance de l'estime de soi en regard à l'efficacité des stratégies de coping utilisées et à l'adaptation psychologique.

Tout d'abord et pour la première fois, cette étude met en évidence la relation entre le choix des stratégies de coping des adolescents en regard aux symptômes anxio-dépressifs qu'ils manifestent. Cette étude a permis de soutenir la notion selon laquelle le coping d'évitement prédit positivement la prévalence de symptômes dépressifs et anxieux. Cette relation avait été démontrée par plusieurs études dont Frydenberg (2004), Mattis et Ollendick (2002) de même que Seiffge-Krenke et Klessinger (2000). Les résultats actuels supportent également que les stratégies d'approche prédisent positivement les symptômes anxieux. Concernant ce lien entre les stratégies d'approche

et l'anxiété, la position est partagée selon les chercheurs dans les écrits scientifiques. Toutefois, ce résultat suggère une implication de l'anxiété dans le déclenchement du processus de coping. Tel que cité précédemment dans la section «discussion», lorsque l'émotion survient, l'anxiété, ou le stress perçu, exerce un rôle signal d'alarme participant au déclenchement du processus de coping (Lazarus & Folkman, 1984; Selye, 1983; Zeidner & Endler, 1996). La relation entre le coping d'approche et les symptômes dépressifs n'est pas statistiquement significative (près du seuil : $p=0,055$), mais la relation les unissant s'avère négative, indiquant que l'utilisation de ces stratégies prédirait une diminution de la dépression, tel que mentionné par de nombreux auteurs (Frydenberg, 2004, 2008; Herman-Stahl & al., 1995; Leclerc & al., 2009). Cette étude a permis de démontrer le rôle médiateur du coping d'approche dans la relation entre l'estime de soi et l'anxiété, ainsi que du coping d'évitement dans la relation entre l'estime de soi et les symptômes dépressifs et anxieux. De plus, les résultats actuels mettent en évidence que l'estime de soi est le facteur le plus important, puisque cette dernière s'avère déterminante dans le choix de stratégies de coping favorisant une meilleure adaptation.

La présente étude n'a toutefois pas permis de démontrer le potentiel adaptatif du coping émotionnel de Stanton chez une population adolescente. Toutefois, la présence de liens significatifs entre le coping émotionnel et l'adaptation psychologique ne peut être exclue. Certaines raisons de nature méthodologique et des particularités

développementales ont pu faire en sorte qu'il n'a pas été possible de mettre en lumière ces associations.

Implications pratiques

Bien que la valeur adaptative de l'émotion ait été démontrée par certains chercheurs, les données de la présente étude indiquent que les participants utilisent peu le coping émotionnel. Cela corrobore la nécessité d'éduquer les jeunes relativement aux émotions. Pour accroître l'utilisation du coping émotionnel chez les jeunes, encore faut-il que l'émotion soit connue, identifiée et jugée adaptative par ceux-ci. Par ailleurs, considérant les résultats de la présente étude, il apparaît indiqué de porter une attention particulière quant à l'estime de soi, qui s'avère un facteur déterminant chez les adolescents en regard à leur adaptation. Une bonne estime de soi prédit de meilleures stratégies de coping ainsi qu'une plus faible prévalence de symptômes anxio-dépressifs. Rappelons que des difficultés psychologiques importantes à l'adolescence peuvent mener au développement de troubles psychologiques sérieux à l'âge adulte (Petersen & al., 1993). Donc, il s'avère pertinent de miser sur l'éducation des jeunes afin de favoriser une meilleure santé mentale. Le milieu scolaire s'avèrerait une ressource intéressante pour éduquer davantage les jeunes sur le rôle adaptatif de l'émotion, le concept de coping et l'importance de l'estime de soi dans l'adaptation face aux divers stressors auxquels ils s'avèrent confrontés.

Forces et limites de l'étude

Les résultats de la présente étude fournissent des informations importantes quant aux associations existant entre l'estime de soi, le coping ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux chez une population adolescente. Cette recherche présente des forces et des limites à considérer dans l'interprétation des résultats et dans les recherches subséquentes.

L'originalité de cette étude repose sur le fait qu'elle est l'une des premières à étudier le coping émotionnel de Stanton auprès d'une clientèle adolescente. Les études recensées dans le cadre du présent essai ont été réalisées auprès d'une clientèle adulte, avec ou sans particularité médicale ou psychologique. Par ailleurs, notre étude s'avère la première à s'intéresser aux associations entre l'estime de soi, le coping émotionnel et les symptômes anxio-dépressifs des adolescents. Une autre force de cette recherche réside dans la taille de l'échantillon ($n=408$), permettant d'atteindre la puissance statistique nécessaire, augmentant alors la validité et la possibilité de généralisation des résultats. Cette puissance statistique a permis en outre de réaliser des analyses de médiation multiple fournissant de l'information sur la directionnalité des associations entre les variables et l'influence médiatrice de certaines d'entre elles, tout en limitant les erreurs de type 1. Aussi, cette étude a été conduite en respectant les normes, les règles et la rigueur inhérentes à la démarche scientifique, supportant la validité des résultats obtenus.

Certaines limites méritent cependant d'être soulignées. Dans un premier temps, en raison du devis de type transversal, les analyses n'ont pas permis d'établir des liens de causalité entre l'estime de soi, le coping et les symptômes anxio-dépressifs. Seule une étude de type longitudinal pourrait permettre de déterminer la direction de la causalité entre ces variables. Dans un deuxième temps, bien que les questionnaires utilisés aient été développés en s'appuyant sur des mesures validées dans des études antérieures et que les participants aient été libres de participer à l'étude, les informations auto-rapportées par les participants peuvent être sujettes à certains biais, dont un biais de désirabilité sociale.

Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, différentes avenues pourraient être envisagées en vue de poursuivre les travaux amorcés ici et de remédier à certaines limites énoncées dans la section précédente. Tout d'abord, une étude longitudinale se déroulant sur une période d'au moins une année serait souhaitable afin d'étudier les effets de variation, dans le temps, de la symptomatologie dépressive et anxieuse chez des adolescents avec une utilisation prolongée de stratégies de coping émotionnel. Tel que discuté précédemment, une période d'adaptation, mais également certaines compétences de gestion émotionnelle sont vraisemblablement nécessaires afin d'utiliser efficacement le coping émotionnel. De plus, une étude longitudinale permettrait d'établir des liens de causalité entre les différentes variables à l'étude. Par ailleurs, il serait intéressant que les

recherches futures concernent davantage les facteurs développementaux qui caractérisent les adolescents, considérés dans certaines recherches comme étant des variables modératrices, notamment le contexte social, l'influence parentale et les compétences de régulation émotionnelle. Cela permettrait d'obtenir des informations plus spécifiques concernant les habiletés d'adaptation des adolescents.

Également, compte tenu de l'évolution des habiletés et des stratégies de coping dans le cadre du développement, il serait pertinent que les prochaines recherches étudient des groupes de participants du même âge. Il serait alors possible de savoir plus précisément de quelle façon l'adaptation au stress chez l'adolescent se modifie et se complexifie au fil des années, de la puberté jusqu'à l'âge adulte. Finalement, l'utilisation d'autres méthodes de collecte de données, comme l'utilisation d'entrevues semi-structurées ou la sollicitation de l'avis d'un tiers, pourrait être envisagée afin de fournir des informations supplémentaires.

Conclusion

À l'adolescence, certains individus présentent des difficultés perturbant leur fonctionnement et contribuant au développement de psychopathologies. La manifestation de symptômes dépressifs et anxieux s'avèrent fréquemment observés à cette période de vie (Marcelli & Braconnier, 2008; Dumas, 2005, Petersen & al., 1993). Toutefois, une majorité d'adolescents traversent cette période développementale sans présenter de problèmes de santé mentale. Certains facteurs favoriseraient une bonne santé mentale à l'adolescence, notamment l'estime de soi et les habiletés de coping. L'estime de soi joue un rôle primordial dans le développement personnel et social des adolescents (Bee & Boyd, 2003) et elle est reliée positivement à la santé mentale et à l'adaptation (Austenfeld & Stanton, 2004; Guillon & Crocq, 2004; Harter, 2001; Labelle & al. 2001; Mann & al., 2004; Mruk, 2006). Comme l'estime de soi, le coping influence l'adaptation chez les adolescents ; le choix des stratégies de coping utilisées par les jeunes est en lien avec leur santé mentale (Frydenberg, 2004, 2008; Leclerc & al., 2009; Mattis & Ollendick, 2002; Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000). Stanton et ses collaborateurs ont démontré le potentiel adaptatif de l'émotion et ont proposé un modèle de coping : le coping émotionnel.

L'objectif principal de la présente recherche consistait à étudier les associations existantes entre le coping et la santé mentale chez une population adolescente. Plus

spécifiquement, elle visait à étudier la nature des associations unissant l'estime de soi, le coping émotionnel ainsi que les symptômes dépressifs et anxieux. Dans un second temps, cette étude avait pour objectif de vérifier si les coping émotionnel et d'approche et d'évitement agissent comme variable médiatrice dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes anxio-dépressifs. Deux modèles de médiation multiple ont été proposés et analysés : le modèle de dépression et le modèle d'anxiété. S'appuyant sur ce qui a été déterminé antérieurement dans les écrits scientifiques, quatre hypothèses ont été élaborées.

La présente étude permet d'enrichir le corpus de connaissances relativement à l'adaptation psychologique des adolescents face aux situations de stress. Elle permet également d'en savoir davantage quant à leur utilisation des stratégies de coping. L'originalité de cette étude s'appuie sur le fait qu'elle est l'une des premières à s'intéresser à l'application du modèle de coping émotionnel de Stanton auprès d'une clientèle adolescente. En somme, les résultats obtenus font clairement ressortir l'importance de l'estime de soi sur le choix des stratégies d'adaptation et sur la santé mentale. Également, le rôle médiateur du coping d'approche et d'évitement dans la relation unissant l'estime de soi et les symptômes anxio-dépressifs a été mis en lumière. Enfin, cette étude n'a pas permis de démontrer le potentiel adaptatif du coping émotionnel de Stanton chez les adolescents. Plusieurs explications ont été formulées pour expliciter ces résultats contre-intuitifs, concernant notamment le devis de recherche, le contexte développemental et certaines variables modératrices. Ces résultats

suggèrent un manque de connaissances des adolescents en regard au potentiel adaptif de l'émotion pouvant être attribuable en partie au contexte développemental qui les caractérise.

Dans le cadre de recherches ultérieures, un devis de recherche longitudinal permettrait d'observer de façon plus précise les effets de variation, dans le temps, de la symptomatologie dépressive et anxieuse avec une utilisation prolongée de stratégies de coping émotionnel. Par ailleurs, il serait intéressant que les recherches futures considèrent davantage les facteurs développementaux qui caractérisent les adolescents. Pour ce faire, l'étude des jeunes en fonction de leur âge permettrait d'obtenir de nouvelles connaissances spécifiques à la façon dont l'adaptation au stress chez l'adolescent se modifie et se complexifie au fil des années, de la puberté jusqu'à l'âge adulte.

Références

Abela, J.R.Z., & Hankin, B.L. (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. New-York : Guilford Press.

Alvin,P. & Marcelli, D. (2005). *Médecine de l'adolescent*. Paris : Elsevier Masson.

Antoni, M.H., Carver, C.S., & Lechner, S.C. (2006). Stress management intervention effects on benefit finding, positive adaptation and physiological regulation for women treated for breast cancer. Dans A.L. Stanton (Éd.). *Finding benefits in adversity : Psychological and physiological processes*. Symposium présenté au congrès annuel de l'American Psychosomatic Society, Denver.

Antoni, M.H., Lechner, S.C., Kazi, A., Wimberly, S.R., Sifre, T., Urcuyo, K.R. & al. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1143-1152.

Antoni, M.H., Wimberly, S.R., Lechner, S.C., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K.R. & al. (2006). Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1791-1797.

American Psychiatric Association, Guelfi, J.D. (2004). *Mini DSM-IV-TR : Critères diagnostics : Version française complétée des codes CIM-10*. Paris : Éditions Masson.

Austenfeld J.L., Stanton, A.L. (2004). Coping Through Emotional Approach : A New Look at Emotion, Coping, and Health-Related Outcomes. *Journal of Personality*, 72(6), 1335-1363.

Averill, J.R. (1990). *Inner feelings, works of the flesh, the beast within, diseases of the mind, driving forces, and putting on a show : Six metaphors of emotion and their theoretical extensions*. New York: Cambridge University Press.

Avison,W.R., & Gotlib, I.H. (1994). *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future*. New York: Springer.

Battle, J., Jarratt, L. Smit, S. & Precht, D. (1998). Relations among self-esteem, depression and anxiety of children. *Psychological Reports*, 62, 999-1005.

- Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I., Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles ? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44.
- Beals, K. P., Peplau, L. A., & Gable, S. L. (2009). Stigma management and well-being : The role of perceived social support, emotional processing, and suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(7), 867-879.
- Bee, H. & Boyd, D. (2003). *Psychologie du développement : Les âges de la vie*, 2^e édition. Bruxelles : De Boeck Université.
- Berghuis, J.P. & Stanton, A.L. (2002). Adjustment to a dyadic stressor: a longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 433-438.
- Bouvard, M., Dantzer, C., & Turgeon, L. (2007). L'évaluation des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon et P.L. Gendreau (Éds.), *Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent* (pp. 83-106). Marseille: Solal.
- Bouvard, M. (2008). *Questionnaires et échelles d'évaluation de l'enfant et de l'adolescent, volume 1*. France : Elsevier Masson.
- Braconnier, A. & Marcelli, D.(1998). *L'Adolescence aux mille visages*. Paris: Odile Jacob.
- Brage, D. & Meredith, W. (1994). A causal model of adolescent depression. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 4, 455-468.
- Causey, D.L. & Dubow, E.F. (1992). Development of a self-report coping measure for elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 47-59.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Duconge, E., Massot, E. & Kallmeyer, A. (2002). Étude de la CES-D dans un échantillon de 1953 adolescents scolarisés. *L'Encéphale*, 28(5), 429-432.
- Chapman P.L. & Mullis, R.L. (1999). Adolescent coping strategies and self-esteem. *Child Study Journal*, 29(1), 69-77.
- Cole, P.M., Martin, S.E., & Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Colten, M.E. (1991). *Adolescent stress : Causes and consequences*. New-York : Transaction Publishers.

- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence*, 16, 331-349.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., Harding Thomsen, A. & Wadsworth, M.E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- 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.
- Compas, B.E., Worsnham, N.L., & Ey, S. (1992). Conceptual and developmental issues in children coping with stress. Dans A.M. La Greca, L. J. Siegel, J.L. Wallander, & C.E. Walker (Éds.), *Stress and coping in child health* (pp.7-24). New York : Guilford.
- Direction de santé publique de Montréal-Centre (2003). *Troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans : Détection précoce et traitement dans les services de 1re ligne*. [Brochure]. Nault S : Auteur.
- Dori, G.A. & Overholser, J.C. (1999). Depression, hopelessness and self-esteem: Accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29(4), 309-318.
- Dumas, J.E. (2005). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : Éditions de Boeck.
- Dumas, J.E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles : Éditions de Boeck.
- Dumont, J-P., Dunezat, P., Le Dez-Alexandre, M. & Prouff, J. (1995). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Heures de France.
- Dumont, M. & Plancherel, B. (2001). *Stress et adaptation chez l'enfant*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Durand, V.M. & Barlow, D.H. (2004). *Psychopathologie : Une perspective multidimensionnelle*. Paris : De Boeck Supérieur.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinnuelas, A. (1994). The relations of emotionality and regulation to young children's anger-related reactions. *Child Development*, 65, 109-128.

- Émilien G. (2003). *L'anxiété sociale*. France : Éditions Margada.
- Émond, C., & Tremblay, I. (2008). Rapport d'analyses quantitatives. Document inédit, Université du Québec à Chicoutimi.
- Evers, A. Klusmann, V., Schwarzer, R. & Heuser, I. (2012). Adherence to physical and mental activity interventions : Coping plans as a mediator and prior adherence as a moderator. *British Psychological Society*, 17, 477-491.
- Famose, J-P., & Bertsch, J. (2009). *L'estime de soi : une controverse éducative*. Paris : Presses universitaires de France.
- Führer R, Rouillon F. (1989). La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale) : Description et traduction de l'échelle d'évaluation. *European Psychiatry*, 4(3), 163-166.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research prospective*. London: Routledge
- Frydenberg, E. (2004). Coping Competencies : What to teach and when. *Theory into Practice*, 43(1), 14-22.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping : advances in theory, research and practice*. New-York: Taylor & Francis.
- Frydenberg, E. & Lewis R. (1993). *Manual : The adolescent coping scale*. Australia : Australian Council for Educational Research.
- Graber, J.A. (2004). Internalizing problems during adolescence. Dans R.M. Lerner & L. Steinberg (Éds), *Handbook of adolescent psychology* (2e éd., pp.587-626). New Jersey : John Wiley and Sons, Inc.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy. Comprehensive handbook of psychotherapy: Integrative/eclectic*. US: John Wiley & Sons Inc.
- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. Dans J.J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation*. New-York: Guilford Press.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation : an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 282-291.

- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362 .
- Guillon, M.S., & Crocq, M.A. (2004). Estime de soi à l'adolescence : revue de littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 30-36.
- Habimana, E.(Ed.)(1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*. Boucherville: Éditions Guetan Morin.
- Hansenne, M. (2003). *Psychologie de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. Dans M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Social and personality development*, (Vol.4, pp. 275-386). New York: Wiley.
- Harter, S. (2001). *The construction of the self: A developmental perspective*. New-York: Guilford Press.
- Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques Psychologiques*, 14, 285-299.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable moderation, mediation, and conditional process modeling. Document consulté de <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Hébert, M., Parent, N., & Daignault, I.V. (2007). The French-Canadian version of the Self-Report Coping Scale: Estimates of reliability, validity and development of a short form. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 40(1), 2-15.
- Herman-Stahl, A., Stemmler, M., & Peterson, A.C. (1995). Approach and avoidant coping: Implications for adolescent mental health. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 649-665.
- Hodapp, V. (1989). Anxiety, fear of failure, and achievement: Two path-analytical models. *Anxiety Research*, 1, 301-312.
- Hoffman, M. A., Levy-Shiff, R., Sohlberg, S. C., & Zarizki, J. (1991). The impact of stress and coping: Developmental changes in the transition to adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 451-469.
- Hojat, M., Callahan, C.A., & Gonnella, J.S. (2004). Students' personality and rating of clinical competence in medical school clerkships: A longitudinal study. *Psychology, Health & Medicine*, 9, 247-252.

- Krampen, G. (1988). Competence and control orientations as predictors of test anxiety in students: Longitudinal results. *Anxiety Research, 1*, 185-197.
- Krantzler, N. & Miner, K.R. (1994). *Mental and emotional health*. Californie : ETR Associates.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue Québécoise de Psychologie, 22*, 71-87.
- Lagacé-Séguin, D. & Gionet, A. (2009). Parental meta-emotion and temperament predict coping skills in early adolescence. *International Journal of Adolescence and Youth, 14*, 367-382.
- Lagacé-Séguin, D.G. & Coplan, R. (2005). Maternal Emotional Styles and Child Social Adjustment: Assessment, Correlates, Outcomes and Goodness of Fit in Early Childhood. *Social Development, 14*(4), 613–636.
- Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. Dans K. Scherer, A. Schorr, & T. Johnstone (Éds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (pp. 37–67). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer publishing Company.
- Leclerc, D., Pronovost, J., Dumont, M. (2009). Échelle de coping pour adolescents : Validation canadienne-française de l'Adolescent Coping Scale de Frydenberg et Lewis-1993. *Revue Québécoise de Psychologie, 30*(1), 177-196.
- Lemelin J.P. (2012). *Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent: Les bases du développement, Volume 1*. Québec : Les Presses de l'Université du Québec.
- Leroux, S. & Robaey, P. (1999). *Échelle multidimensionnelle d'anxiété chez les enfants. Traduction et adaptation du multidimensional Anxiety Scale for Children*. Document inédit. Hôpital Sainte-Justine.
- Lyubomirsky S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of Self-Focused Rumination on Negative Thinking and Interpersonal Problem Solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(1), 176-190.
- Macklem, G.L. (2007). *Practitioner's guide to emotion regulation in school-aged children*. New-York: Springer.

- Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P. & de Vries, N. K (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research : Theory and Practice*, 19(4), 357-372.
- Marcelli D. & Braconnier, A. (2008). *Adolescence et psychopathologie : 7^e édition*. France : Elsevier Masson.
- March, J.S., Parker, J.D.A., Sullivan, K, Stallings, P. & Conners C.K. (1997). The multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC) : Factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 554-565.
- 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. (2001). La prévention de la dépression chez les enfants et les adolescents. Dans F. Vitaro & C. Gagnon (Éds), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les jeunes* (Tome 1, pp. 221-270). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Mattis, S.G. & Ollendick, T.H. (2002). *Panic disorder and anxiety in adolescence*. E-U: Wiley-Blackwell.
- McDowell, I. (2006). *Measuring health : A guide to rating scales and questionnaires*. New-York : Oxford University Press.
- McNamara, S. (2000). *Stress in young people : what's new and what can we do ?* New York : Continuum International Publishing Group.
- Modrain-Talbott MA, Pullen L, Zandstra K, Ehrenberger H, Muenchen BA. (1998) Study of self-esteem among well adolescents: seeking a new direction. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21(4), 229-241.
- Moos, R.H. (1993). *Coping Responses Inventory*. Odessa : Psychological Assessment Resources, Inc.
- Morin, A. J., Moullec, G., Maïano, C., Layet, L., Just, J. L., & Ninot, G. (2011). Psychometric properties of the center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults, *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 59(5), 337-340.
- Mouren-Siméoni, M.C. (1997). *La dépression chez l'enfant et l'adolescent : faits et questions*. Paris: Elsevier Masson.

- Mruk, C.J. (2006). *Self-Esteem Research, Theory, and Practice : Toward a Positive Psychology of Self-Esteem, 3e Edition*. New York : Springer Publishing Company.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176.
- Nolen-Hoeksema, S. & Hilt, L. (2012). *Handbook of Depression in Adolescents*. New-York : Routledge.
- Orvaschel, H., Beeferman, D. & Kabacoff, R. (1997). Depression, self-esteem, sex and age in a child and adolescent clinical sample. *Journal of Clinical child psychology*, 26, 285-289.
- Peleg, O. (2009). Test anxiety, academic achievement and self-esteem among Arab adolescents with and without learning disabilities. *Learning Disabilities Quarterly*, 32, 11-20.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J. Stemmler, M., Ey, S. & Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168.
- Philippot, P. (2007). *Émotion et psychothérapie*. Belgique : Éditions Mardaga.
- Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 18, 459-474.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Application Psychology Measurement*, 1, 385-401.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New-Jersey: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1986) Self-concept from middle childhood through adolescence: *Psychological perspectives on the self*, 3, 107-136.

- Roth, S. & Cohen L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41(7), 813-819.
- Sander, D. & Scherer, K.R. (2009). *Traité de psychologie des émotions*. Paris : Dunod.
- Sandler, I.N., Tein, J. & West, S.G. (1994). Coping, stress, and psychological symptoms of children and divorce : A cross sectional and longitudinal study. *Child Development*, 65, 1744-1763.
- Santé Canada (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada, Ottawa, Canada.
- Santé Canada (2006). Votre santé et vous : Santé mentale - maladie mentale. Canada.
- Seiffge-Krenke, I., & Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 617-630.
- Selye, H. (1983). *Selye's Guide to Stress Research*. New-York : John Wiley and Sons.
- Servant, D. (2007). *Gestion du stress et de l'anxiété*. France : Elsevier Masson.
- Siddique, C.M. & D'Arcy, C. (1984). Adolescence, Stress and Psychological Well-Being. *Journal of Youth and Adolescence*, 13(6). 459-473.
- Smith, J. A., Lumley, M. A., & Longo, D. J. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 326-335.
- Sobel, M.E. (1982). Asymptomatic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological Methodology 1982* (pp. 290-312). Washington, DC : American Sociological Association.
- Sowislo, J.F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety ? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*(1), 213-240.
- Spirito, A., Stark, L.J., Grace, N. & Stamoulis, D. (1991). Common problems and coping strategies reported in childhood and early adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 20(5), 531-544.
- Stanton, A.L. (2011). Regulating emotions during stressful experiences : The adaptative utility of coping through emotional approach. Dans S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp.369-386). NY : Oxford University Press.

- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350-362.
- Stanton, A.L., Kirk, S.B., Cameron, C.L., & Danoff-Burg, S. (2000b). Coping through emotional approach : Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1078-1092.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B., et al. (2000a). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Stanton, A.L. & Low, C.A. (2012). Expressing emotions in stressful contexts : benefits, moderators, and mechanisms. *Current directions in psychological science*, 21(2), 124-128.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston : Pearson Editions.
- Tarquinio, c. & Spitz, E. (2012). *Psychologie de l'adaptation*. Bruxelles: De Boeck.
- Thomas, M.R. & Michel, C. (1994). *Théories du développement de l'enfant*. Bruxelles: De Boeck Supérieur.
- Turgeon, L., & Brousseau, L. (2001). Prévention des problèmes d'anxiété chez les jeunes. Dans 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.
- Turgeon, L., Chartrand, E., Robaey, P. & Gauthier, A.K. (2006). Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 11, 1-8.
- Underwood, M.K. & Rosen, L.H. (2011). *Social development: Relationships in infancy, childhood and adolescence*. New-York: Guilford Press.
- Van Hoorebeke, D. (2008). L'émotion et la prise de décision, *Revue Française de gestion*, 2(182), 33-44.
- Wadsworth, M. E., & Compas, B. E. (2002). Coping with family conflict and economic strain : The adolescent perspective. *Journal of research on adolescence*, 12(2), 243-274.

- Watkins, E. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1037–1052.
- Wissing, M.P., Khumalo, I.P., Oosthuizen, T., Nienaber, A., Kruger, A., Potgieter, J.C., & Temane, Q.M. (2011). Coping self-efficacy as mediator in the dynamics of psychological well-being in various contexts. *Journal of Psychology in Africa*, 21(2), 165-172.
- Wolraich, M., Drotar, D.D., Dworkin, P.H. & Perrin, E. (2008). *Developmental-behavioral pediatrics: evidence and practice*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Zeidner, M. (1998). *Test anxiety: The state of the art*. New-York : Plenum Press.
- Zeidner, M. & Endler, N-S. (1996). *Handbook of coping: theory, research, applications*. New-York: John Wiley and Sons.

Appendice A
Certificat d'Éthique



Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 16 août 2007 au 16 août 2010

Pour le projet de recherche intitulé : *Estimation de l'importance du trouble d'hyperphagie boulimique (HB) (Binge-eating disorder) chez les adolescents dans une école secondaire de la région du Saguenay.*

Chercheur responsable du projet de recherche : *Marie Bellemare*

Fait à Ville de Saguenay, le 16 août 2007

Jean-Pierre Bélard
Vice-président du Comité d'éthique
de la recherche avec des êtres humains



Université du Québec à Chicoutimi

555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

**DEMANDE DE MODIFICATION
D'UN PROJET DE RECHERCHE**

Numéro de dossier attribué par le CÉR : 602.156.01

Renseignements généraux


Titre du projet :	Estimation de l'importance du trouble d'hyperphagie boulimique (HB) (<i>Binge-eating disorder</i>) chez les adolescents dans une école secondaire de la région du Saguenay.
Responsable du projet : Indiquez vos coordonnées (inclure téléphone et courriel, s'il y a lieu) Étudiant : OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Marie Bellemare 657 rue des Roselins Chicoutimi (Québec) G7H-6E7 Tel. 418-693-1562 courriel : Marie_bellemare@uqac.ca
Département (ou autre) : Si étudiant, précisez le programme, sa date de début et de fin présumée et le nom du directeur de recherche.	Sciences de l'éducation et de psychologie Programme : Doctorat en psychologie profil intervention. Début : septembre 2004 Fin : août 2007 Directeur de recherche : M. Gilles Lalande, Ph.D.
Objectifs initiaux du projet :	L'objectif de l'étude est d'évaluer la prévalence de l'HB ainsi que la présence de facteurs associés, auprès d'une population d'adolescents du Saguenay.
État actuel de la recherche :	Le projet de recherche est complété. La cueillette de données est prévue pour l'automne 2008.
Date d'échéance du certificat d'éthique actuel :	16 août 2010

Modification

Motifs de la demande (élaborez) : 1) Changer le nom du responsable du projet : remplacer Marie Bellemare étudiante par trois professeurs : Gilles Lalande (responsable administratif),	Cette étude était réalisée dans le cadre de l'essai doctoral de Marie Bellemare. Cette étudiante a choisi de ne pas poursuivre ses études doctorales en psychologie (voir le courriel de l'étudiante adressé à la directrice du programme et au directeur de recherche, annexé à la présente). Le directeur de recherche et deux autres professeurs de
--	--

Jacinthe Dion et Claudie Émond (coresponsables du projet)		psychologie veulent poursuivre cette recherche et effectuer la cueillette de données.
Veuillez préciser les modifications apportées aux différentes rubriques de la description de votre projet de recherche initiale (demande de certification éthique).		
1	Renseignements généraux Responsable du projet :	Gilles Lalande (responsable administratif), professeur DSEP. Jacinthe Dion et Claudie Émond (coresponsables du projet), professeurs DSEP.
2	Sujets humains impliqués	
3	Modalités de la recherche Ajout d'un instrument de mesure (pour évaluer le coping émotionnel) au point 3.1	5) La version française de l' <i>Emotional Approach Coping Scale</i> , connue sous le nom d'Échelle de coping émotionnel permet d'évaluer comment les adolescents utilisent leurs émotions pour faire face aux situations. 6) Un questionnaire sociodémographique
4	Information colligée Ajouter à la suite du texte au point 4.2 le texte présenté ci-contre	Les données seront détruites cinq ans après les dernières publications. Les données pourront être utilisées dans le cadre d'autres projets de recherche.
5	Diffusion des résultats	
6	Autres renseignements – Inclure les modifications de personnel et les formulaires, si modifiés	Les déclarations d'honneur de Gilles Lalande, Jacinthe Dion et de Claudie Émond sont jointes à la présente demande de modification.
Nouvelle date d'échéance du projet de recherche (le cas échéant) :		

Date
26 mai 2008


Signature du responsable du projet
(S'il-vous-plait, signez en noir)

Il est important de répondre de façon précise à toutes les questions (S.V.P. Dactylographiez)

2



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) CANADA G7H 2B1

Vice-rectorat aux affaires étudiantes
et secrétariat général

Comité d'éthique de la recherche

Le 18 juin 2008

Madame Marie Bellemard
657, rue des Roselins
Saguenay, arr. de Chicoutimi (Québec)
G7H 6E7

**OBJET : Décision – Demande de modification
Estimation de l'importance du trouble d'hyperphagie boulimique (HB)
(Binge-eating disorder) chez les adolescents dans une école secondaire
de la région du Saguenay.
N/Dossier : 602.156.01**

Madame,

Suite à la réception de votre demande de modification concernant le projet de recherche ci-haut mentionné, la présente vise à vous informer que nous vous autorisons la modification demandée.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir un certificat d'éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Madame, nos salutations distinguées.


Jean-Pierre Béland, président

/mjd

c.c. : M. Gilles Laurendeau

www.uqac.ca

Téléphone : 418 545-5506
Télécopieur : 418 545-5519



UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) CANADA G7H 2B1

Comité d'éthique de la recherche

Le 31 octobre 2011

Monsieur Gilles Lalande
Professeur
Département des sciences de la santé

N/Réf. : 602.156.01

OBJET : Décision – Modification et prolongation d'une approbation éthique

Monsieur,

Le Comité restreint d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi a étudié votre demande de modification ainsi que votre demande de prolongation pour le projet de recherche intitulé « *Estimation de l'importance du trouble d'hyperphagie boulimique (HB) (Binge eating disorder) chez les adolescents dans une école secondaire de la région du Saguenay* ».

Le tout ayant été jugé satisfaisant, nous avons le plaisir de vous informer que la modification et la prolongation demandées pour votre projet de recherche ont été approuvées à l'unanimité par le Comité.

La prolongation est valide pour la période du 31 octobre 2011 au 30 août 2016.

Nous vous rappelons qu'il est de la responsabilité du chercheur de toujours détenir une approbation éthique **valide**, et ce, tout au long de la recherche. De plus, toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

Deux mois avant la date d'échéance de votre approbation, vous devrez faire parvenir au comité une demande de prolongation, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet, téléchargeable à partir du site WEB de l'institution à l'adresse suivante :

<http://www.uqac.ca/recherche/cer/index.php>

En vous souhaitant le meilleur succès dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.

François Guérard, président
Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

Appendice B
Questionnaire

Mieux connaître

Les adolescents d'aujourd'hui

UN PROJET RÉALISÉ AU SAGUENAY



Dans ce questionnaire, nous cherchons à mieux comprendre ce que ça veut dire en 2010, être un adolescent et un élève au Saguenay.

Nous te poserons des questions sur ce que tu vis, sur tes relations avec tes amis, sur quelques-unes de tes habitudes de vie et sur tes comportements alimentaires.

Il est **important que tu répondes sincèrement** aux questions afin que tes réponses reflètent réellement ce que tu penses et pour que l'on puisse obtenir un portrait fiable des adolescents d'aujourd'hui.

Il n'y a pas de «bonnes» ou de «mauvaises» réponses. Ta participation est importante et très appréciée, mais elle est toujours **volontaire**. Tu peux te retirer du projet quand tu le veux.

Nous te rappelons que tes réponses sont entièrement confidentielles.
Personne à l'école ne pourra savoir qui a répondu à ce questionnaire.

Nous te remercions grandement de ton aide et de ta collaboration !

Consignes pour l'inscription des réponses au questionnaire

Tu dois répondre au questionnaire **en cochant dans le cercle la réponse qui te convient ou en indiquant la réponse demandée.**

Tu ne peux choisir **qu'une seule réponse.**

Lis attentivement les questions et les réponses possibles. Avant de répondre, **tu dois bien lire les choix de réponses pour ne pas te tromper.**

Section 1 : IDENTIFICATION

1. Quel âge as-tu ?

13 ans ou moins	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans ou plus
<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₅	<input type="radio"/> O ₆

2. De quel sexe es-tu ?

Masculin	Féminin
<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₂

3. Le mois et l'année de ta naissance : ____/____
(mois) (année)

4. Es-tu né au Canada ? (Coche la réponse qui convient)

Oui ☐ O₁ Non ☐ O₂

Si non, dans quel pays es-tu né ? _____

Si non, depuis combien de temps es-tu au Canada ? (nombres d'années) _____

5. Es-tu d'origine autochtone ?

Oui ☐ O₁ Non ☐ O₂

6. Quel est ton **niveau scolaire** (si tu as des cours dans plus d'un niveau, indique celui dans lequel tu suis le plus de cours) ? (NE CHOISIS QU'UNE RÉPONSE !)

- 1. Secondaire 3 ☐
- 2. Secondaire 4 ☐
- 3. Secondaire 5 ☐
- 4. CPFP (cours préparatoire à la formation professionnelle) ☐

7. Avec qui vis-tu **actuellement**?

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Avec mes deux parents ☐
- 2. Avec ma mère seulement ☐
- 3. Avec ma mère et son conjoint..... ☐
- 4. Avec ma mère et sa conjointe..... ☐
- 5. Avec mon père seulement ☐
- 6. Avec mon père et sa conjointe ☐
- 7. Avec mon père et son conjoint..... ☐
- 8. Avec chacun de mes parents à tour de rôle..... ☐
- 9. Avec un tuteur ou une tutrice ou les deux ☐
- 10. En famille d'accueil ☐
- 11. En foyer d'accueil ☐
- 12. Autre, précisez : _____ ☐

8. Date du dernier déménagement :

- Jamais ☐
 - 0 à 6 mois ☐
 - 6 mois à 1 an ☐
 - 1 an à 2 ans ☐
 - 2 ans à 3 ans ☐
 - 3 ans à 4 ans ☐
 - Plus de 4 ans ☐
-

9. Combien de frères et de sœurs as-tu?

1. Nombre de frères : _____ (issus des mêmes parents)
2. Nombre de sœurs : _____ (issus des mêmes parents)
3. Nombre de demi-frères : _____ (même mère ou même père)
4. Nombre de demi-sœurs : _____ (même mère ou même père)

10. Quelle est ton estimation du revenu total de tes parents au cours des 12 derniers mois?

1. Moins de 15 000\$ ☐
2. Entre 15 000\$ et moins de 30 000\$ ☐
3. Entre 30 000\$ et moins de 45 000\$ ☐
4. Entre 45 000\$ et moins de 60 000\$ ☐
5. Entre 60 000\$ et moins de 75 000\$ ☐
6. Entre 75 000\$ et moins de 100 000\$ ☐
7. 100 000\$ et plus ☐
8. Ne sais pas ☐

11. Quel est le niveau de scolarité de ton père? (Coche 1 seul choix)

1. Aucune scolarité ☐
 2. Primaire non complété ☐
 3. Primaire complété ☐
 4. Secondaire non complété ☐
 5. Secondaire complété ☐
 6. Études collégiales non complétées ☐
 7. Études collégiales complétées ☐
 8. Certificat universitaire complété ☐
 9. Baccalauréat universitaire non complété ☐
 10. Baccalauréat universitaire complété ☐
 11. Maîtrise complétée ☐
 12. Doctorat / Ph.D. complété ☐
 13. Ne sais pas ☐
-

12. Quel est le niveau de scolarité de ta mère? (Coche 1 seul choix)

- 1. Aucune scolarité ☐
- 2. Primaire non complété ☐
- 3. Primaire complété ☐
- 4. Secondaire non complété ☐
- 5. Secondaire complété ☐
- 6. Études collégiales non complétées ☐
- 7. Études collégiales complétées ☐
- 8. Certificat universitaire complété ☐
- 9. Baccalauréat universitaire non complété ☐
- 10. Baccalauréat universitaire complété ☐
- 11. Maîtrise complétée ☐
- 12. Doctorat / Ph.D. complété ☐
- 13. Ne sais pas ☐

13. Quel est ton poids et ta taille?

Poids : _____ lbs ou _____ kg

Taille : _____' _____" (pieds et pouces) ou _____ cm

14. De combien d'argent disposes-tu au total, **par semaine**? Additionne toutes les sommes d'argent dont tu disposes (salaires, allocation des parents, revenus provenant de petits travaux comme le gardiennage, cadeaux des grands-parents, bourses d'études, etc.) (*Si tu n'as pas d'argent, inscris 0*)

_____ dollars par semaine

15. Pendant l'année scolaire (2009-2010), combien d'heures par semaine, **en moyenne**, as-tu occupé un emploi rémunéré (pour lequel tu as reçu un salaire)? (Tu dois inclure les heures de gardiennage ou les petits travaux d'entretien.)

a) Du lundi matin au vendredi après-midi : _____ heure(s)

b) Du vendredi soir au dimanche soir : _____ heure(s)

16. **Durant le dernier mois**, sans compter les heures de gardiennage, les petits travaux d'entretien ni les emplois de camelot, combien d'heures par semaine approximativement as-tu consacrées au travail rémunéré (pour lequel tu as reçu un salaire)? *(Si tu n'as pas travaillé, inscris 0)*

a) Du lundi matin au vendredi après-midi : _____ heure(s)

b) Du vendredi soir au dimanche soir : _____ heure(s)

Voici maintenant quelques phrases rapportées par des gens au sujet de leur situation alimentaire. Dis-nous si ces situations sont souvent vraies, parfois vraies ou jamais vraies dans ta famille.

17. Dans ma famille, nous mangeons la même chose plusieurs jours de suite parce que nous n'avons que quelques aliments sous la main et n'avons pas d'argent pour en racheter.

(Cocher 1 seul choix)

1. Souvent vraie ☐

2. Parfois vraie ☐

3. Jamais vraie ☐

4. Je ne sais pas ☐

18. Dans ma famille, nous mangeons moins que nous devrions, parce que nous n'avons pas assez d'argent pour la nourriture.

(Cocher 1 seul choix)

1. Souvent vraie ☐

2. Parfois vraie ☐

3. Jamais vraie ☐

4. Je ne sais pas ☐

19. Dans ma famille, nous ne pouvons pas nous offrir des repas équilibrés (viande, fruits/légumes, produits laitiers, pain et céréales) parce que nous ne pouvons pas nous le permettre financièrement.

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Souvent vraie ☐
- 2. Parfois vraie ☐
- 3. Jamais vraie ☐
- 4. Je ne sais pas ☐

Section 2 : EXPÉRIENCE SCOLAIRE

1. J'évalue mon **rendement scolaire** (mes résultats) comme:

- 1. Au-dessus de la moyenne ☐
- 2. Dans la moyenne ☐
- 3. En-dessous de la moyenne ☐

2. **Si cela ne dépendait que de toi**, jusqu'où aimerais-tu poursuivre tes études?

(Cocher 1 seul choix)

- 1. J'aimerais faire des études universitaires ☐
 - 2. J'aimerais faire des études collégiales
(CÉGEP) ☐
 - 3. J'aimerais terminer mes études
secondaires au secteur professionnel (DEP)..... ☐
 - 4. J'aimerais terminer mes études
secondaires au secteur général (DES)..... ☐
 - 5. J'aimerais terminer mes études
secondaires au secteur adulte..... ☐
 - 6. J'aimerais terminer un *Parcours de*
formation générale axée sur l'emploi..... ☐
 - 7. J'aimerais abandonner avant la fin de mes
études secondaires..... ☐ → (Passer à la question 5)
-

3. **Crois-tu qu'il te sera difficile d'atteindre ce niveau scolaire?**

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Cela me sera très difficile ☐
- 2. Cela me sera difficile ☐
- 3. Cela ne me sera pas tellement difficile ☐ ➔ (Passer à la question 5)
- 4. Cela ne me sera pas difficile du tout ☐ ➔ (Passer à la question 5)

4. Quelle est **la principale raison** pour laquelle tu crois que ce sera difficile de réaliser tes projets d'études?

(Cocher 1 seul choix)

- 1. Par ennui ou par manque d'intérêt ☐
 - 2. Pour des difficultés avec les travaux scolaires ... ☐
 - 3. Pour des problèmes avec les enseignants ☐
 - 4. Pour des problèmes de santé ☐
 - 5. Pour une grossesse ou les soins de mon enfant ☐
 - 6. Pour des problèmes à la maison ☐
 - 7. Parce que j'ai des problèmes d'argent
ou parce que je dois travailler ☐
 - 8. Parce que je veux travailler ☐
 - 9. Autre ☐
-

5. Compte tenu de ta situation, jusqu'où **t'attends-tu** à poursuivre tes études **dans les faits?**

1. Je compte faire des études universitaires ☐
2. Je compte faire des études collégiales (CÉGEP). ☐
3. Je compte terminer mes études secondaires
au secteur professionnel (DEP) ☐
4. Je compte terminer mes études secondaires
au secteur général (DES) ☐
5. Je compte terminer mes études secondaires
au secteur adulte..... ☐
6. Je compte terminer un *Parcours de formation
générale axée sur l'emploi* ☐
7. Je songe à abandonner avant la fin de mes
études secondaires..... ☐

6. **Depuis le début de l'année scolaire, combien de périodes de cours as-tu manquées sans raisons valables (absence non motivée)?**

_____ périodes de cours.

7. **Depuis le début de l'année, participes-tu activement à tes cours (ex. : écoute attentive, prise de notes, participation à des travaux d'équipe, etc.)?**

(Cocher 1 seul choix)

1. Jamais ☐
2. Rarement ☐
3. La plupart du temps..... ☐
4. Toujours..... ☐

8. Depuis le début de l'année, en dehors des cours, fais-tu le travail demandé par l'enseignant (travaux, lecture, etc.)?

(Cocher 1 seul choix)

1. Jamais O
2. Rarement O
3. La plupart du temps..... O
4. Toujours..... O

9. Jusqu'à quel point l'affirmation suivante reflète ta réalité depuis le début de l'année scolaire?

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Il faut beaucoup d'énergie à un enseignant pour discuter et négocier avec moi	O ₁	O ₂	O ₃

SECTION 3 : MES EXPÉRIENCES DE VIE

Voici quelques questions sur ta consommation d'alcool, de tabac et de cannabis. N'oublie pas, seules les réponses de l'ensemble des élèves nous intéressent, tes réponses personnelles ne seront pas analysées.

1. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu consommé de l'alcool (bière, vin et fort) ?

Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆

2. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris :

a) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion? _____ fois

b) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion? _____ fois

3. **Lors d'une occasion typique**, combien de consommations **d'alcool** bois-tu ?

Moins d'une	1 à 3	4 à 6	Plus de 6	Je ne consomme pas d'alcool
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

4. **Au cours des 30 derniers jours**, à quelle fréquence as-tu fumé **des cigarettes**?

Jamais	Moins d'une par semaine	Moins d'une par jour	De 1 à 5 par jour	De 6 à 10 par jour	De 11 à 20 par jour	Plus de 20 cigarettes par jour
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇

5. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris **du cannabis** (pot, marijuana ou haschich)?

Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆

6. Lors d'une **occasion typique** de consommation **de cannabis**, combien fumes-tu de joints ?

Moins d'un joint	Un joint	2 ou 3 joints	4 joints et plus	Je ne consomme pas de cannabis
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅

7. **Au cours des 12 derniers mois** combien de fois as-tu fait usage de **stimulants** (« speed », « pep pills », « ecstasy », etc.) ou d'**hallucinogènes** (LSD, STP, PCP, mescaline...)?

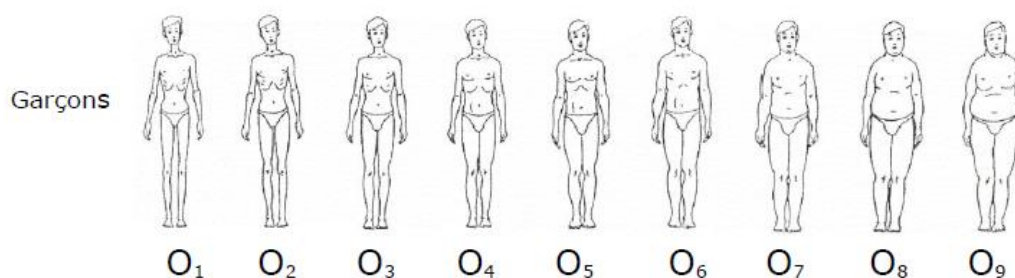
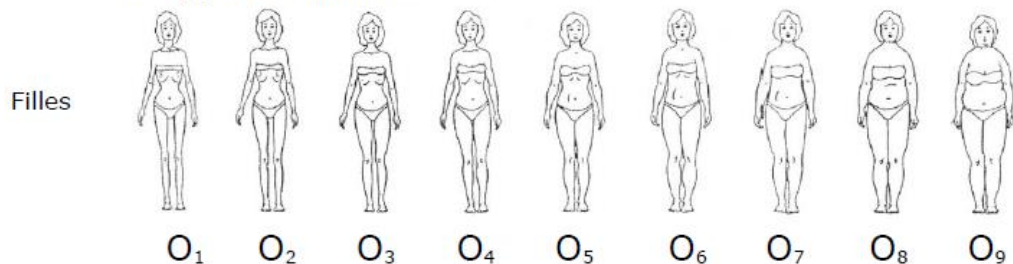
Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆

8. **Au cours des 12 derniers mois**, combien de fois as-tu pris des **drogues dures** (héroïne, morphine, opium, crack, cocaïne, etc.).

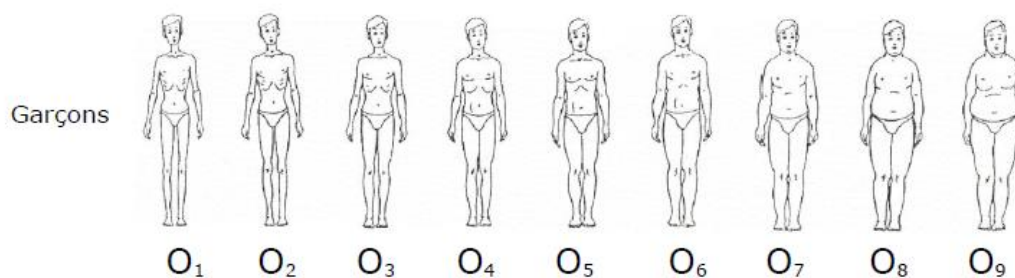
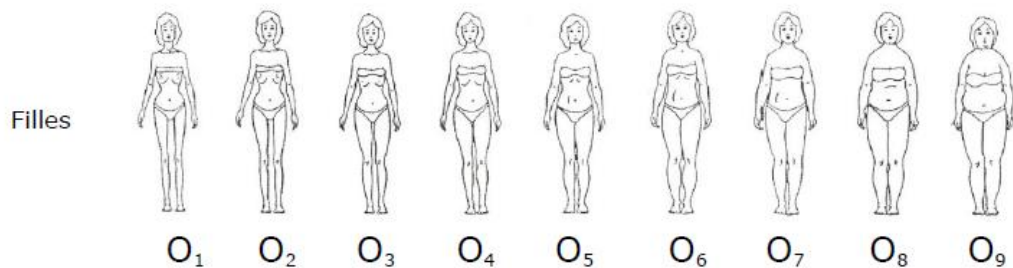
Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆

Les prochaines questions portent sur la façon dont tu te perçois et sur comment tu aimerais être.

9. a) Vis-à-vis les figures suivantes, coche le cercle qui correspond le mieux à ton apparence **actuelle**.



- b) Vis-à-vis les figures suivantes, coche le cercle qui correspond le mieux à comment tu **aimerais être**.



10. **Au cours de la dernière année**, as-tu sérieusement tenté de perdre du poids ou de contrôler ton poids?

1. Oui ☐

2. Non ☐

Section 4 : MES SENTIMENTS

Réaction face au stress

Ce questionnaire porte sur ce que tu as pensé et sur comment tu t'es senti et comporté récemment. Pour chaque énoncé, coche le cercle qui indique à quel point il est vrai pour toi.

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
1.	Je me sens tendu ou crispé.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
2.	Je demande habituellement la permission de faire quelque chose.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
3.	Je m'inquiète que d'autres personnes rient de moi.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
4.	J'ai peur quand mes parents s'en vont.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
5.	Je perds mon souffle facilement.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
6.	Je vois du danger partout.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
7.	L'idée d'aller dans un camp me fait peur.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
8.	Je me mets à trembler ou à avoir la frousse.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
9.	Je fais beaucoup d'efforts pour obéir à mes parents et à mes professeurs.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
10.	J'ai peur que les autres jeunes se moquent de moi.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
11.	J'essaie de rester près de ma mère ou de mon père.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
12.	Je deviens étourdi ou je sens que je vais perdre connaissance.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
13.	Je vérifie tout avant d'agir.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
14.	J'ai peur d'être interrogé en classe.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
15.	Je suis agité, nerveux.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
16.	J'ai peur que les autres personnes pensent que je suis stupide.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
17.	Je garde la lumière allumée la nuit.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
18.	J'ai des douleurs à la poitrine.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
19.	J'évite d'aller à des endroits sans ma famille.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
20.	Je me sens étrange, bizarre ou irréel.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
21.	J'essaie de faire des choses que les autres personnes vont aimer.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
22.	Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
23.	J'évite de regarder des films ou des émissions de télévision qui font peur.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
24.	Mon cœur bat vite ou s'arrête un moment.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
25.	J'évite les choses qui me dérangent.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
26.	Je dors à côté de quelqu'un de ma famille.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
27.	Je me sens agité et énervé.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
28.	J'essaie de faire les choses le plus parfaitement possible.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
29.	J'ai peur de faire quelque chose de stupide ou d'embarrassant.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
30.	J'ai peur quand je me promène en auto ou en autobus.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
31.	J'ai mal au ventre.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
32.	Si je deviens troublé ou effrayé, je le fais tout de suite savoir à quelqu'un.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
33.	Je deviens nerveux si je dois faire quelque chose devant un public.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
34.	Le mauvais temps, la noirceur, les hauteurs, les animaux ou les insectes me font peur.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
35.	Mes mains tremblent.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
36.	Je vérifie les choses pour être sûr qu'elles sont sans danger.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄

		Jamais vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai
37.	J'ai de la difficulté à demander aux autres jeunes de faire une activité avec moi.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
38.	Mes mains sont moites (mouillées) ou froides.	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄
39.	Je me sens gêné (timide).	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄

GESTION DE MES ÉMOTIONS

Coche sur l'échelle suivante, dans quelle mesure chacun des énoncés décrit ce que tu fais pour faire face à tes problèmes et difficultés.

	Je ne le fais pas du tout 1	Je le fais un peu 2	Je le fais moyenne- ment 3	Je le fais beaucoup 4
1. Je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. J'explore en profondeur mes sentiments afin de bien les comprendre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je me rends compte que mes sentiments sont valables et importants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je prends conscience de mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. J'essaie de comprendre mes sentiments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'explore mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je trouve une façon de mieux comprendre mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'examine attentivement les raisons de mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je prends le temps d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je laisse mes sentiments s'extérioriser librement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Je me permets d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Je ne le fais pas du tout	Je le fais un peu	Je le fais moyenne- ment	Je le fais beaucoup
	1	2	3	4
12. Je me sens libre d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. J'exprime les sentiments que je ressens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je trouve une façon d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Je laisse sortir mes sentiments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Je laisse sortir mes sentiments ouvertement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sentiments vécus

Indique à quelle fréquence **au cours de la dernière semaine**, tu t'es senti ou comporté de la façon suivante : (Cocher le cercle qui te convient le mieux).

	Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1-2 jours)	Occasionnellement ou modérément (3-4 jours)	La plupart du temps ou tout le temps (5-7 jours)
	0	1	2	3
	0	1	2	3
1. J'étais dérangé par des choses qui habituellement ne me dérangent pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je n'avais pas envie de manger; j'avais peu d'appétit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je sentais que je ne pouvais pas me défaire de mes idées noires même avec l'aide de ma famille ou de mes amis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je me sentais aussi bon que les autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je me sentais déprimé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je me sentais plein d'espoir vis-à-vis l'avenir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1-2 jours)	Occasionnellem ent ou modérément (3-4 jours)	La plupart du temps ou tout le temps (5-7 jours)
	0	1	2	3
9. Je sentais que ma vie était un échec.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je me sentais craintif.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mon sommeil était agité.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. J'étais heureux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Je parlais moins qu'à l'habitude.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je me sentais seul.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Les gens n'étaient pas amicaux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Je profitais de la vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. J'avais des crises de larmes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Je me sentais triste.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Je sentais que les gens ne m'aimaient pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Je ne parvenais pas à "aller de l'avant".	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Perception de soi

Indique jusqu'à quel point tu es d'accord avec chacun des énoncés suivants, en cochant la réponse qui décrit le mieux ton opinion. Toutes les réponses sont bonnes en autant qu'elles correspondent à ce que tu penses vraiment. Ne t'attardes pas trop longtemps sur un énoncé, essaie de répondre spontanément.

	Pas du tout d'accord 1	Pas d'accord 2	D'accord 3	Tout à fait d'accord 4
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tout compte fait, j'ai tendance à me considérer come un raté.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je crois qu'il n'y a pas grand-chose dont je puisse être fier.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Il m'arrive parfois de me sentir vraiment inutile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je pense parfois que je ne suis bon à rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Je me considère comme quelqu'un qui apprend facilement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. De façon générale, je suis déçu de mes résultats scolaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Je me considère certainement aussi intelligent que les autres.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Section 5 : HABITUDES ALIMENTAIRES

Directives. Tu trouveras ci-dessous des regroupements d'énoncés numérotés. Lis tous les énoncés de chaque groupe et coche celui qui décrit le mieux comment tu te sens au sujet de tes problèmes à contrôler tes habitudes alimentaires.

#1 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ En présence des autres, je ne suis pas gêné par mon poids et la taille de mon corps.
- ☐ Je suis préoccupé par la façon dont les autres me perçoivent, mais en général, cette perception ne me déçoit pas.
- ☐ Je suis gêné par mon apparence et mon poids, qui me déçoivent.
- ☐ Je suis très gêné par mon poids et souvent, j'éprouve envers moi-même de vifs sentiments de honte et de dégoût. Par conséquent, j'essaie d'éviter les contacts avec les autres.

#2 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je n'ai pas de difficulté à manger lentement, comme il se doit.
- ☐ Même si je semble « avaler tout rond » quand je mange, je ne finis pas par me sentir désagréablement « plein » d'avoir trop mangé.
- ☐ J'ai parfois tendance à manger trop vite et à ressentir de l'inconfort par la suite.
- ☐ J'ai l'habitude d'ingérer rapidement ma nourriture sans vraiment la mastiquer. Dans de tels cas, je me sens habituellement désagréablement plein parce que j'ai trop mangé.

#3 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je me sens capable de contrôler mes rages alimentaires lorsque je le veux.
 - ☐ J'ai l'impression que je n'arrive pas à contrôler mon alimentation, plus souvent que la moyenne des gens.
 - ☐ Je me sens complètement impuissant lorsqu'il s'agit de contrôler mes rages alimentaires.
 - ☐ Je me sens tellement impuissant à contrôler mon alimentation que je suis prêt à tout essayer pour acquérir ce contrôle.
-

#4 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je n'ai pas l'habitude de manger quand je m'ennuie.
- ☐ Il m'arrive de manger quand je m'ennuie, mais je suis habituellement capable de m'occuper à faire autre chose et d'arrêter de penser à la nourriture.
- ☐ J'ai l'habitude de manger quand je m'ennuie, mais à l'occasion je peux faire autre chose pour arrêter de penser à la nourriture.
- ☐ J'ai très souvent l'habitude de manger quand je m'ennuie. Rien ne semble fonctionner pour m'en empêcher.

#5 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Habituellement, je mange quand je ressens physiquement la faim.
- ☐ Occasionnellement, je mange quelque chose par impulsion même si je n'ai pas vraiment faim.
- ☐ J'ai l'habitude de manger de la nourriture que je n'apprécie pas nécessairement pour combler un sentiment de faim, même si physiquement je n'ai pas faim.
- ☐ Même si je n'ai pas physiquement faim, j'éprouve une sensation de faim dans ma bouche. Il semble que la seule façon de satisfaire cette sensation est de manger quelque chose qui remplit ma bouche, comme un sandwich. Parfois, lorsque je mange un aliment pour satisfaire cette faim dans ma bouche, je le recrache pour ne pas prendre du poids.

#6 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je ne ressens aucune culpabilité et je ne me déteste pas lorsque je mange trop.
 - ☐ Après avoir trop mangé, il m'arrive de temps à autre de me sentir coupable ou de me détester.
 - ☐ Presque toujours après avoir trop mangé, j'éprouve un vif sentiment de culpabilité ou de haine de moi-même.
-

#7 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je ne fais jamais de diète.
- ☐ Je ne perds pas le contrôle total de mon alimentation quand je fais une diète, et ce, même après des périodes où j'ai trop mangé.
- ☐ Parfois, lorsque je mange un « aliment défendu » pendant une diète, j'ai l'impression d'avoir tout gâché et je mange encore plus.
- ☐ Lorsque je mange trop pendant une diète, j'ai souvent l'habitude de me dire « j'ai déjà gâché cette diète, pourquoi ne pas abandonner? ». Lorsque cela arrive, je mange encore plus.
- ☐ J'ai l'habitude de me soumettre à des diètes très strictes que j'abandonne en m'empiffrant. Ma vie ressemble à un « festin » ou à une « famine ».

#8 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Il m'arrive rarement de manger à un point tel que je me sens désagréablement bourré par la suite.
- ☐ Habituellement, environ une fois par mois, je mange tellement que je me sens vraiment bourré.
- ☐ Il m'arrive régulièrement, au cours du mois, de manger de très grandes quantités de nourriture (à l'heure des repas ou des collations).
- ☐ Je mange tellement que souvent, je ressens assez d'inconfort et parfois une légère nausée après avoir mangé.

#9 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je ne me préoccupe pas de mon apport calorique.
 - ☐ La plupart du temps, mon apport calorique n'atteint pas un niveau très élevé ni très bas.
 - ☐ Parfois, lorsque je mange trop, j'essaie de réduire mon apport calorique à presque rien pour compenser l'excès de calories que j'ai consommées.
 - ☐ J'ai souvent l'habitude de trop manger le soir. Il semble que ma routine est de ne pas avoir faim le matin, mais de trop manger le soir.
 - ☐ Il y a des semaines où je réduis mon apport calorique au point d'être affamé. Ceci survient après des périodes où j'ai mangé avec excès. Ma vie semble suivre un cycle de « festin ou de famine ».
-

#10 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je suis habituellement capable d'arrêter de manger quand je le veux. Je sais reconnaître quand « assez c'est assez ».
- ☐ Il m'arrive parfois de ressentir une forte envie de manger que je n'arrive pas à contrôler.
- ☐ Il m'arrive souvent de ressentir des rages alimentaires que je n'arrive pas à contrôler, mais il y a des moments où j'arrive à les contrôler.
- ☐ Je me sens incapable de contrôler mes rages alimentaires. J'ai peur de ne pas pouvoir volontairement m'arrêter de manger.

#11 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je n'ai aucun problème à arrêter de manger lorsque je suis rassasié.
- ☐ Je suis habituellement capable d'arrêter de manger lorsque je suis rassasié, mais il m'arrive parfois de trop manger et de ressentir de l'inconfort.
- ☐ J'ai de la difficulté à cesser de manger une fois que j'ai commencé et je me sens souvent bourré (inconfort) après un repas.
- ☐ Étant donné que je n'arrive pas à arrêter de manger quand je le veux, je dois parfois me faire vomir pour soulager la sensation d'être trop plein.

#12 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Il semble que je mange autant quand je suis avec d'autres (famille, amis) que quand je suis seul.
 - ☐ Parfois, lorsque je suis en présence d'autres personnes, je mange moins que je ne le voudrais parce que je suis embarrassé par mes comportements alimentaires.
 - ☐ Il m'arrive fréquemment de ne manger qu'une petite quantité de nourriture lorsque je suis en présence d'autres personnes parce que je suis très embarrassé par mes comportements alimentaires.
 - ☐ J'ai tellement honte de trop manger que je choisis de manger à l'excès dans des moments où je sais que personne ne me verra. J'ai l'impression de manger « en cachette ».
-

#13 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je mange trois repas par jour avec, à l'occasion seulement, une collation entre les repas.
- ☐ Je mange trois repas par jour et je mange régulièrement des collations entre les repas.
- ☐ Lorsque je mange de grosses collations, j'ai l'habitude de sauter un repas régulier.
- ☐ Il y a régulièrement des périodes où j'ai l'impression de manger continuellement, sans repas planifiés.

#14 Coche 1 seul énoncé, celui qui te décrit le mieux.

- ☐ Je ne pense pas beaucoup à contrôler mes rages alimentaires non désirées.
- ☐ Ne serait-ce que de temps en temps, mes pensées sont occupées par l'idée de contrôler mes rages alimentaires.
- ☐ J'ai l'impression que je passe souvent beaucoup de temps à penser à la grande quantité de nourriture que j'ai mangée ou à essayer de ne plus manger.
- ☐ J'ai l'impression que la plupart de mon temps éveillé est occupé à penser à manger ou à ne pas manger. Je sens que je lutte toujours pour ne pas manger.

#15 En cochant la case appropriée, indique jusqu'à quel point tes comportements alimentaires ressemblent à la description suivante :

*Au moins **une fois par semaine durant les 3 derniers mois**, j'ai mangé en une période de temps limitée une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient. Pendant ces périodes, j'avais l'impression de perdre le contrôle et après j'éprouvais de la culpabilité, de la honte ou une certaine détresse.*

Pas du tout	Peu	Assez	Beaucoup	Tout à fait
<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₃	<input type="radio"/> ₄	<input type="radio"/> ₅

Section 6 : TES STRATÉGIES POUR FAIRE FACE AUX PROBLÈMES ET DIFFICULTÉS QUE TU RENCONTRES

Je vais te poser une série de questions visant à savoir quelles sont les stratégies que tu prends lorsque tu rencontres des problèmes ou difficultés. Coche une réponse pour chacun des énoncés. « **Quand je rencontre un problème ou une difficulté...** »

	Jamais	Presque jamais	Quelque -fois	La plupart du temps	Tou- jours
	1	2	3	4	5
1. J'essaie de penser aux différentes façons de régler le problème.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Je fais comme si rien n'était arrivé.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je me sens triste ou fâché.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je décide d'une façon de régler le problème et je la mets en application.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je m'en fais trop avec ça.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Je demande conseil à un ami.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. J'essaie de faire quelque chose pour que ça aille mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Je me dis que ce qui est arrivé n'est pas important.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je pleure à cause de ça.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je demande conseil à un membre de ma famille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Je sais qu'il y a des choses que je peux faire pour que ça aille mieux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Je refuse d'y penser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Je crie pour me défouler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je demande à quelqu'un qui connaît le problème qu'est-ce qu'il ferait.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Je m'inquiète que les autres pensent du mal de moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Je sacre tout haut.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Je dis que ça ne me dérange pas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Je me fâche et je lance ou frappe quelque chose.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

« Quand je rencontre un problème ou une difficulté... »

	Jamais	Presque jamais	Quelque- fois	La plupart du temps	Tou- jours
	1	2	3	4	5
19. Je demande l'aide d'un membre de ma famille.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Je me fâche contre moi-même d'avoir fait quelque chose que je n'aurais pas dû faire.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Lorsque tu te disputes avec un ami dans quelle mesure sens-tu que tu peux faire quelque chose pour changer la situation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire !

Si tu as des commentaires, tu peux les écrire ici.

Lorsque le questionnaire est complété, l'insérer dans l'enveloppe et la cacheter !

Appendice C
Formulaire de consentement



Déclaration de consentement

Recherche sur la santé, le vécu et les comportements alimentaires des adolescents

C'EST QUOI CE PROJET? : Nous voulons mieux comprendre les comportements alimentaires des jeunes, leur santé ainsi que leur façon de vivre et s'adapter. Pour ce faire, nous aimerions que de jeunes de la région du Saguenay nous donnent leurs avis sur leurs comportements, leurs habitudes de vie, leur ressenti et sur ce qui les aide à traverser leurs difficultés.

QU'EST-CE QUE J'AI À FAIRE ? : Tu auras à compléter le questionnaire que nous venons de te remettre. Cela devrait te prendre environ 25 à 45 minutes. Tu n'es pas obligé de répondre à toutes les questions. Si tu choisis de répondre à ce questionnaire, cela pourrait nous aider à améliorer nos connaissances sur ce que vivent les jeunes et ce qui les aide à se sentir bien, afin de pouvoir mieux les aider par la suite. Les assistants de recherche sont aussi disponibles pour répondre à tes questions et t'aider à compléter le questionnaire.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES RISQUES DE REMPLIR CE QUESTIONNAIRE ? :

Les avantages associés à ta participation sont de te permettre de réfléchir et de faire le point sur ta situation actuelle. Il n'y a aucun risque connu à répondre à ce questionnaire. Toutefois, il peut être embarrassant de répondre à des questions personnelles au sujet de sa vie privée. Si le fait de répondre à l'une ou l'autre de ces questions t'a bouleversé(e), ou si tu as éprouvé du stress ou de la gêne, des personnes ressources sont disponibles à l'école et à l'extérieur de l'école. Tu peux t'adresser à:

- l'intervenant rattaché à ton groupe classe à ton école ;
- Tel-Aide Saguenay, (418) 695-2433 ;
- Tel-jeunes, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine : 1-800-263-2266 ou teljeunes.com
- les chercheurs responsables de ce projet pour obtenir d'autres noms et numéros de téléphone pouvant t'être utiles (Gilles Lalande, 418-545-5011, poste 5373, Jacinthe Dion, 418-545-5011, poste 5663, Claudie Émond, 418-545-5011, poste 5357) ;

Pour vous remercier de participer à cette étude, trois bons d'achat (au magasin de ton choix) de 50\$ seront tirés au hasard parmi les participants.

QUE FAITES-VOUS AVEC MON QUESTIONNAIRE ET MES RÉPONSES ? : Nous allons présenter l'ensemble des résultats de l'étude, incluant les résultats de tous les questionnaires de tous les jeunes qui auront participé, les tiens aussi, à des intervenants, des psychologues et dans des articles ou des présentations scientifiques. Nous leur dirons ce que les jeunes de ton âge vivent et ce qui peut les aider à se sentir mieux. Ceci leur permettra de mieux vous connaître et de mieux vous aider par la suite. Nous ne présenterons donc aucun résultat individuel, mais seulement les résultats de groupes.

EST-CE QUE MES RÉPONSES SONT PRIVÉES ? : **OUI !** Toutes tes réponses sont **totale**ment anonymes et confidentielles. Ton nom n'apparaît nulle part sur les questionnaires. Ton questionnaire aura un numéro d'identification que tu es le seul à connaître. Il est impossible de savoir que c'est toi qui as complété un questionnaire. Seuls les membres de l'équipe de

recherche pourront voir tes réponses aux questions, mais ils ne sauront pas que c'est toi qui as répondu.

EST-CE QUE JE SUIS OBLIGÉ DE REpondre AUX QUESTIONS ? : Non ! Tu peux décider de ne pas répondre au questionnaire. Personne ne sera fâché ou déçu que tu ne participes pas. Si tu ne veux pas participer, mets simplement de côté le questionnaire. Si cela te gêne de répondre à l'une ou l'autre des questions, tu peux cesser de remplir le questionnaire en tout temps ou passer à la question suivante.

À QUI JE PEUX PARLER SI J'AI DES QUESTIONS SUR L'ETUDE ?

Tu peux nous contacter :

- Gilles Lalande, professeur au département des sciences de l'éducation et de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi, au numéro suivant 418-545-5011, poste 5373, ou à l'adresse suivante gilles_lalande@uqac.ca.
- Jacinthe Dion, professeure au département des sciences de l'éducation et de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi, au numéro suivant 418-545-5011, poste 5663, ou à l'adresse suivante jacinte_dion@uqac.ca.
- Claudie Émond, professeure au département des sciences de l'éducation et de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi, au numéro suivant 418-545-5011, poste 5357, ou à l'adresse suivante claudie_emonde@uqac.ca.

Si tu as des questions ou des commentaires concernant l'éthique de la recherche à l'Université, tu peux contacter le président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi, M. Jean-Pierre Béland, au 545-5011 poste 5219.

En tant que chercheurs principaux de l'étude, nous vous avons expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude par ce formulaire et nous demeurons disponibles pour répondre à toute éventuelle question.

Merci une fois de plus de ton aide !

Gilles Lalande, Jacinthe Dion, Claudie Émond
Chercheurs responsables du projet

ES-TU PRÊT ?

Tu peux commencer à compléter le questionnaire si tu :

- ❖ Comprends pourquoi nous faisons cette étude
- ❖ Aimerais participer
- ❖ Sais que tu n'es pas obligé de répondre aux questions
- ❖ Sais que nous sommes là pour t'aider si tu as des questions

N'oublie pas que tes réponses sont anonymes, ton nom n'apparaîtra nulle part et personne ne saura que c'est toi qui as répondu au questionnaire.

Oui ! J'accepte de participer ☐

Signature

