

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE
OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR
AUDREY PELLETIER

RELATION ENTRE LES COMPORTEMENTS INTERPERSONNELS
DES PARENTS ET DES ENSEIGNANTS ET DES INDICES DE SANTÉ MENTALE
CHEZ DES ADOLESCENTS

DÉCEMBRE 2005



Mise en garde/Advice

Afin de rendre accessible au plus grand nombre le résultat des travaux de recherche menés par ses étudiants gradués et dans l'esprit des règles qui régissent le dépôt et la diffusion des mémoires et thèses produits dans cette Institution, **l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** est fière de rendre accessible une version complète et gratuite de cette œuvre.

Motivated by a desire to make the results of its graduate students' research accessible to all, and in accordance with the rules governing the acceptance and diffusion of dissertations and theses in this Institution, the **Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)** is proud to make a complete version of this work available at no cost to the reader.

L'auteur conserve néanmoins la propriété du droit d'auteur qui protège ce mémoire ou cette thèse. Ni le mémoire ou la thèse ni des extraits substantiels de ceux-ci ne peuvent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

The author retains ownership of the copyright of this dissertation or thesis. Neither the dissertation or thesis, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

Sommaire

La santé mentale chez les adolescents représente un enjeu important tant sur le plan individuel que social. Dans une perspective de promotion de la santé mentale, les indices de détresse et de bien-être psychologique les plus couramment utilisées par plusieurs chercheurs et retenus dans le présent mémoire sont la dépression, l'anxiété (Poirier & Lafrenière, 2003) et l'estime de soi (Campbell, 1981). Au Québec, les études réalisées en milieu scolaire montrent que la proportion des adolescents présentant un trouble dépressif varie entre 6 % et 26 % (Marcotte & Baron, 1993). De plus, les écrits portant sur les troubles anxieux à l'adolescence rapportent un taux de prévalence de 8,9 % (Breton et al., 1999). Par ailleurs, selon une enquête menée auprès de 1 665 jeunes de niveau secondaire de la région du Saguenay-Lac-St-Jean, 19,2 % affirment avoir une faible estime de soi (Perron, 2001). Également, les problèmes de santé mentale chez les jeunes sont étroitement associés aux conduites suicidaires, à la violence et au décrochage scolaire (Breton & Valla, 2001). Tout en visant à élargir les connaissances sur la théorie de l'autodétermination (TAD, Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000; 2001), la présente recherche a pour principal objectif d'étudier la relation entre trois dimensions des comportements interpersonnels des parents et des enseignants à l'égard des adolescents et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi. Les trois comportements interpersonnels évalués dans cette étude sont le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale. Au total, une population de 136 jeunes âgés entre 14 et 18 ans provenant d'une école secondaire publique de Saguenay, ont répondu à un questionnaire

écrit visant à mesurer la relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi. Un questionnaire sociodémographique a également été administré à tous les participants. De façon générale, les résultats révèlent que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale est associé négativement à la dépression. Les résultats font également ressortir que seule l'affiliation sociale en provenance des enseignants est corrélée négativement à l'anxiété. De plus, le soutien à la compétence et à l'affiliation sociale provenant des deux sources interpersonnelles, soient les parents et les enseignants, est associé positivement à l'estime de soi. Toutefois, la présente étude ne permet pas de statuer sur une différence entre le soutien offert par les parents et celui des enseignants à l'égard des adolescents. Finalement, des analyses de régression d'inclusion et d'exclusion pas à pas permettent de déterminer les plus importants prédicteurs des trois dimensions des comportements interpersonnels sur la santé mentale des adolescents. Plus spécifiquement, les résultats démontrent que le soutien à l'affiliation sociale par les enseignants est le plus important prédicteur de la dépression, suivi du soutien à la compétence par les parents. De plus, des trois dimensions des comportements interpersonnels, seul le soutien à l'affiliation sociale par les enseignants prédit l'anxiété. Finalement, le soutien à la compétence par les parents et les enseignants ainsi que le soutien à l'autonomie par les enseignants, se révèlent être des prédicteurs importants de l'estime de soi. L'ensemble de ces résultats apportent un soutien empirique novateur à l'état des connaissances relatives à la santé mentale d'adolescents

en lien avec des variables interpersonnelles étudiées dans le cadre de la TAD. Toutefois, seules des études additionnelles permettront de préciser la nature des relations observées.

Table des matières

	Page
Sommaire	ii
Table des matières	v
Liste des tableaux	viii
Remerciements	ix
INTRODUCTION	1
CONTEXTE THÉORIQUE	5
Santé mentale.....	6
Modèle de santé mentale	7
Santé mentale chez les adolescents.....	8
Indices de santé mentale.....	10
Dépression chez les adolescents.....	10
Prévalence de la dépression chez les adolescents.....	11
Anxiété chez les adolescents.....	12
Prévalence de l'anxiété chez les adolescents.....	14
Estime de soi chez les adolescents.....	15
Prévalence de l'estime de soi chez les adolescents.....	16
Comportements interpersonnels : théorie de l'autodétermination et théorie de l'évaluation cognitive.....	17
Théorie de l'autodétermination.....	17
Théorie de l'évaluation cognitive.....	18
Autonomie.....	19
Compétence.....	20
Affiliation sociale.....	20
Déterminants de la motivation.....	21
Comportements interpersonnels et indices de santé mentale.....	23
Relation entre comportements interpersonnels et dépression chez les adolescents.....	24
Soutien à l'autonomie et dépression	24
Soutien à la compétence et dépression	27
Soutien à l'affiliation sociale et dépression	29
Relation entre comportements interpersonnels et anxiété.....	34

Relation entre comportements interpersonnels et estime de soi	35
Objectifs de recherche, hypothèses et questions exploratoires	38
MÉTHODE	41
Participants	42
Instruments de mesure	42
Comportements interpersonnels.....	44
Dépression.....	45
Anxiété.....	46
Estime de soi.....	47
Plan de l'expérience.....	48
Déroulement.....	49
RÉSULTATS	51
Présentation des analyses statistiques.....	52
Analyses préliminaires.....	53
Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	53
Matrice de corrélations et moyennes.....	56
Présentation des résultats.....	58
Relations entre comportements interpersonnels et dépression	58
Relations entre comportements interpersonnels et anxiété	60
Relations entre comportements interpersonnels et estime de soi	61
Différence entre les comportements interpersonnels et des indices de santé mentale en fonction de la source interpersonnelle de soutien.....	62
Différence entre deux corrélations non indépendantes.....	62
Résultats des analyses portant sur la différence entre deux corrélations non indépendantes.....	62
Prédicteurs de la relation entre les comportements interpersonnels et des indices de santé mentale.....	65
Régression d'inclusion et d'exclusion pas à pas.....	65
Résultats des analyses de régression.....	66
DISCUSSION	72
Rappel des objectifs de la recherche	73
Analyses des résultats relatifs aux hypothèses de recherche et aux questions exploratoires.....	75
Relation entre comportements interpersonnels et dépression	76

Relation entre comportements interpersonnels - perception des parents et dépression	78
Soutien à l'autonomie et dépression	78
Soutien à la compétence et dépression	80
Soutien à l'affiliation sociale et dépression.....	82
Relation entre comportements interpersonnels - perception des enseignants et dépression	83
Relation entre comportements interpersonnels et anxiété	86
Relation entre comportements interpersonnels et estime de soi.....	90
Différence entre comportements interpersonnels des parents et des enseignants.....	93
Prédicteurs de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi.....	95
Prédiction des comportements interpersonnels sur la dépression.....	95
Prédiction des comportements interpersonnels sur l'anxiété.....	97
Prédiction des comportements interpersonnels sur l'estime de soi.....	98
Implications théoriques et pratiques.....	100
Forces et limites de la recherche.....	102
Pistes de recherches futures.....	106
CONCLUSION.....	108
RÉFÉRENCES.....	112
APPENDICE A : Certificat de déontologie.....	131
APPENDICE B : Questionnaire.....	133
APPENDICE C : Lettre d'autorisation.....	146
APPENDICE D : Liste des services offerts.....	148
APPENDICE E : Formulaire de consentement des participants.....	150
APPENDICE F: Matrice de corrélations et moyennes.....	152

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants.....	54
Tableau 2 : Corrélations entre les variables.....	59
Tableau 3 : Comparaison des coefficients pour les trois Échelles des comportements interpersonnels en fonction de la source interpersonnelle de soutien.....	64
Tableau 4 : Régression Stepwise des variables prédictives sur la dépression chez les adolescents.....	67
Tableau 5 : Régression Stepwise des variables prédictives sur l'anxiété chez les adolescents.....	68
Tableau 6 : Régression Stepwise des variables prédictives sur l'estime de soi chez les adolescents.....	69

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier vivement ma directrice de recherche, madame Claudie Émond Ph.D, pour la qualité de sa supervision et pour le support apporté tout au long de ce mémoire. Son expertise et sa rigueur, de même que son humanisme et sa confiance qu'elle m'a témoignée ont contribué grandement à la réalisation de ce projet.

Je remercie également madame Hélène Crépeau du Service de consultation statistique de l'Université Laval pour son apport précieux au niveau du traitement statistique des données et pour sa gentillesse. Mes remerciements sincères sont aussi adressés aux directeurs, enseignants, intervenants, ainsi qu'aux élèves de l'École polyvalente de La Baie pour leur participation, leur excellente collaboration et pour leur intérêt manifesté à l'égard de cette recherche. Merci également à Claude-Michel Gagnon, psychologue, pour son aide apportée lors de l'expérimentation. Un merci tout spécial à Isabelle Gauthier pour son amitié et son regard critique en matière linguistique.

Je remercie particulièrement mes parents pour l'amour qu'ils m'ont manifesté, leur encouragement et leur soutien depuis le début de mes études. Finalement, je désire remercier mon conjoint pour sa compréhension, son écoute et son amour qui ont su me soutenir tout au long de ces années. À vous tous, un très grand MERCI!

Introduction

La santé mentale des adolescents est une préoccupation de plus en plus importante dans notre société. On considère aujourd'hui que dans la plupart des cas, les troubles mentaux de l'adulte remontent à la période de l'adolescence (Organisation mondiale de la santé, 2005). Également, on remarque que la prévalence de ces troubles telle la dépression et le suicide, augmente de façon significative pendant l'adolescence (Fombonne, 1998; Gould & Kramer, 2001). À l'échelle mondiale, on dénombre que près de 20 enfants et adolescents sur 100 présentent des problèmes de santé mentale invalidants (Organisation mondiale de la santé, 2005). Aux États-Unis, on estime qu'entre 3 % et 40 % des adolescents présentent des symptômes anxieux-dépressifs (Kashini et al., 1987; Garrison, Schluchter, Schoenbach, & Kaplan, 1989).

Une enquête réalisée pour le compte de l'Association des psychiatres du Canada auprès de jeunes âgées de 13 à 18 ans, montre que 4 % des répondants ont déjà reçu un diagnostic de dépression, 4 % révèlent avoir déjà fait une tentative de suicide, et 20 % sont confrontés personnellement ou sur le plan familial par un problème de santé mentale (APC, 1996). Une autre étude canadienne rapporte qu'entre 8 % et 18 % des adolescents présentent des symptômes dépressifs d'intensité clinique (Reynolds, 1994). De plus, un adolescent sur vingt dit se sentir constamment stressé tandis que 10 % d'entre eux ont une faible estime d'eux-mêmes (APC, 1996). À la lumière de ces taux, il semble primordial de se pencher sur la problématique de la santé mentale des adolescents afin de comprendre et de cerner davantage les mécanismes susceptibles de la compromettre.

Parmi les théories ayant étudié les processus qui favorisent le bien-être, la théorie de l'autodétermination (TAD; Deci & Ryan, 1985; Ryan & Deci, 2000) a clairement démontré l'importance des besoins psychologiques fondamentaux en lien avec le bien-être. À cet effet, la théorie de l'évaluation cognitive (Deci & Ryan, 1985, 1991), propose que le niveau d'autodétermination est influencé par le contexte social. Ainsi, le besoin de se sentir autodéterminé peut se modifier selon que les comportements des gens significatifs autour de soi supportent ou non les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale.

Aucune étude n'a cependant examiné simultanément la relation entre les trois dimensions des comportements interpersonnels des parents et des enseignants et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi au sein d'une population adolescente. Tout en visant à élargir les connaissances sur la TAD, la présente étude a comme objectif principal d'évaluer la relation entre trois comportements interpersonnels des parents et des enseignants à l'égard des adolescents et trois indices de santé mentale (la dépression, l'anxiété et l'estime de soi). De plus, à titre exploratoire, elle permet de vérifier la présence d'une différence entre le soutien de la part des parents et des enseignants dans la relation entre les comportements interpersonnels et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi. Finalement, elle permet également d'identifier quelle dimension des comportements interpersonnels est la plus importante dans la prédiction de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi chez les adolescents.

Ce mémoire se divise en quatre parties. La première présente une recension des écrits scientifiques relatifs aux variables à l'étude ayant conduit à l'élaboration des hypothèses de recherche. En deuxième partie, la méthode utilisée incluant les participants, les instruments de mesure, le déroulement ainsi que le plan de l'expérience, est décrite. La troisième partie expose les résultats obtenus en fonction des diverses analyses statistiques réalisées. En quatrième et dernière partie, les résultats et leurs implications sont discutés.

Contexte théorique

Santé mentale

En Occident, la proportion de problèmes liés à la santé mentale maintient des taux élevés (Poirier & Lafrenière, 2003). Un rapport sur les maladies mentales publié par Santé Canada (2002) révèle que 20 % des Canadiens seront personnellement atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie. Il importe de mentionner que la santé mentale ne se limite pas à l'absence de troubles mentaux. En effet, l'Organisation mondiale de la santé souligne la dimension positive de la santé mentale dans sa présentation de la santé en mentionnant que : « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie » (World Health Organization, 2001, p. 1). Selon le Comité de la santé mentale du Québec (1994, p. 8) : « elle s'apprécie entre autre à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu ». Ainsi, la santé mentale est le résultat d'une adaptation réciproque de la personne et de son milieu. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon la maladie mentale, l'individu, la famille et l'environnement. Pour ce faire, la prévention de la santé mentale doit tenir compte des déterminants psychologiques et sociaux.

Généralement, les chercheurs utilisent des indices variés pour évaluer la santé mentale : des facteurs cognitifs (p. ex., la satisfaction de vivre) et des mesures d'affects qui fluctuent au gré des circonstances de la vie. L'individu peut également connaître des

humeurs qui perdurent (p. ex., anxiété et dépression). Les recherches de Labelle, Bastin, Dubé, Alain, Bouffard et Lapierre (2001) portant sur la bonne santé mentale ont démontré qu'il est possible de dégager un concept de santé mentale suffisamment large pour y inclure à la fois la détresse et le bien-être psychologique.

Modèle de santé mentale

Traditionnellement, les psychologues se sont davantage intéressés aux problèmes psychologiques qu'à la bonne santé mentale (Myers & Diener, 1997). Cependant, depuis quelque temps, de nombreux écrits paraissent sur le thème du bien-être psychologique, du bonheur ou de la psychologie positive (p. ex., la Revue québécoise de psychologie, 1997, vol.18, no 2; l'American Psychologist, 2000, vol. 55, no 1 et la Revue québécoise de psychologie, 2005, vol. 26, no 1). En effet, de plus en plus de chercheurs et de cliniciens reconnaissent qu'un bon fonctionnement psychologique se caractérise non seulement par l'absence de troubles mentaux, mais aussi par la présence d'indices de bien-être psychologique (Shmotkin, 1998). Certains auteurs (Compton, Smith, Cornish, & Qualls, 1996; Ryff, 1989) soulignent néanmoins l'importance de ne pas négliger des variables fondamentales telles que l'anxiété et la dépression dans l'évaluation de la santé mentale.

Labelle et al. (2001) ont développé un modèle hiérarchique cognitivo-affectif de santé mentale regroupant deux concepts : la détresse et le bien-être psychologique. Leurs études ont démontré que la notion de santé mentale s'inspire de deux écoles de pensées : d'abord celle de la psychopathologie qui porte sur des indices affectifs négatifs et celle de la qualité de vie associée aux facteurs cognitifs composée d'indices positifs. Alors que l'anxiété situationnelle, l'anxiété de trait et la dépression se regroupent sous le construit de la détresse psychologique, l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, la satisfaction de vivre et le sens à la vie se rassemblent sous la notion de bien-être psychologique. La notion de santé mentale ainsi identifiée conjugue avec des variables telles que la détresse et le bien-être psychologique. Il semble important de préciser que dans ce modèle, l'absence de détresse ne signifie pas nécessairement un bien-être psychologique, pas plus que l'opposé.

Santé mentale chez les adolescents

Actuellement aux États-Unis, un adolescent sur dix souffre de maladie mentale d'une gravité assez considérable, ayant pour conséquence un affaiblissement fonctionnel significatif. L'évidence de ce phénomène est démontrée par les récentes données compilées par l'Organisation mondiale de la santé (World Health Organisation, 2004) qui prévoit que d'ici l'an 2020, les troubles neuropsychiatriques survenant pendant l'enfance hausseront de plus de 50 pour cent internationalement, pour devenir l'une des cinq causes les plus communes de morbidité, de mortalité et d'incapacité chez les jeunes.

Ces troubles mentaux apparaissant pendant l'enfance peuvent avoir des conséquences néfastes et directes sur les générations à venir : en plus de réduire leur qualité de vie, ils diminuent leur productivité future (Lyness, 2001).

De façon plus spécifique, la santé mentale chez les adolescents implique une absence de dysfonctionnement dans les sphères psychologique, émotionnelle, comportementale et sociale (Kazdin, 1993). Les problèmes émotifs et comportementaux tels que les troubles d'anxiété et la dépression sont des exemples de dysfonctionnement. La présence d'un tel trouble vient altérer le fonctionnement quotidien (performances scolaires, relations interpersonnelles) et peut menacer le bien-être physique de l'adolescent (tentatives de suicide, abus de substances).

Selon un rapport de Santé Canada (2002), la maladie mentale apparaît généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle a un effet considérable sur la réussite scolaire et professionnelle, les possibilités futures ainsi que la formation et la nature des relations personnelles. Ce rapport souligne en outre que de nombreux écrits scientifiques consacrés aux facteurs associés à l'auto-évaluation de l'état de santé, portent davantage sur des populations adultes ou de personnes âgées, laissant de côté les facteurs associés à la santé mentale des adolescents.

Indices de santé mentale

Parmi les indices de santé mentale issus du modèle de Labelle et al. (2001) énoncés précédemment, trois ont été retenus pour les fins de la présente recherche en raison de l'ampleur de leur impact sur le plan de la santé. Lorsque l'on parle de santé mentale, la dépression et l'anxiété sont les deux groupes nosologiques principaux sur le plan épidémiologique (Poirier & Lafrenière, 2003) et figurent parmi les taux de prévalences les plus élevés. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un trouble mental en soi, une faible estime de soi est fortement reliée aux troubles mentaux et figure parmi les notions de bien-être psychologique les plus étudiées au cours des dernières années. D'ailleurs, on estime à plus de 15 000 le nombre d'articles publiés au cours des 30 dernières années portant sur l'estime de soi (Baumeister, 1998; Baumeister, Campbell, Krueger, & Vohs, 2003).

Dépression chez les adolescents

Dans la littérature scientifique, on retrouve diverses expressions pour parler du phénomène de la dépression. Pour bien comprendre cette dernière, il est primordial de distinguer les trois niveaux de classification et d'évaluation utilisés dans la documentation scientifique soient : l'humeur dépressive, le syndrome dépressif et le trouble dépressif. D'abord, l'humeur dépressive se réfère à un sentiment de tristesse, un sentiment de vide ou d'humeur irritable. Le syndrome dépressif également nommé

« dépression clinique » ou « symptômes dépressifs d'intensité clinique » est caractérisé par la présence et l'intensité de symptômes affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques qui se manifestent simultanément. Enfin, le trouble ou désordre dépressif comporte les mêmes symptômes que le syndrome dépressif, mais sa durée et son intensité sont plus prononcées. Dans le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2003), les troubles dépressifs sont classés dans la catégorie « troubles de l'humeur ».

Prévalence de la dépression chez les adolescents. Selon Reynolds (1992), la dépression se retrouve parmi les problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les adolescents et observe qu'entre 4 % et 12 % des adolescents seraient affectés par des symptômes dépressifs. Les études épidémiologiques estiment que la prévalence d'épisodes dépressifs chez les adolescents diagnostiqués avant l'âge de 18 ans, est de 20 % (Birmaher et al., 1996; Lewinsohn, et al., 1993). De plus, les données longitudinales démontrent qu'un épisode de dépression est un facteur de risque substantiel pour des épisodes ultérieurs à l'adolescence et à l'âge adulte (Birmaher et al., 1996).

Une enquête nationale menée en France recense que 7 % des adolescents cumulent la majorité des signes dépressifs (troubles du sommeil, inquiétude, nervosité, manque d'énergie) (Choquet & Ledoux, 1994). Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey et Grant (1993) rapportent un taux de prévalence variant de 20 % à 40 % quant à l'humeur dépressive chez les adolescents qui proviennent d'échantillons

non-cliniques. Cette fois, au Canada, entre 8 % et 18 % des adolescents présentent de la symptomatologie dépressive d'intensité clinique (Reynolds, 1994). Une autre étude démontre que 7,1 % des Canadiens de 12 ans et plus, ont vécu au moins un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédents (Statistique Canada, 2000-2001). Au Québec, de nombreuses études réalisées en milieu scolaire auprès d'adolescents francophones, observent un taux de dépression clinique variant de 6,43 % à 26 % (Baron, 1993; Baron & Peixoto, 1991; Marcotte, 1996).

Ces prévalences démontrent que les symptômes, le syndrome et le trouble dépressif varient chez les adolescents. En effet, de nombreux facteurs compliquent la comparaison entre les populations d'adolescents. Parmi ces facteurs, on retrouve la classification de la dépression, les mesures d'évaluation utilisées de même que l'hétérogénéité des échantillons de populations générales ou cliniques. Néanmoins, à la lumière des données épidémiologiques disponibles et compte tenu de la souffrance et des complications associées, il apparaît légitime d'affirmer que la dépression chez les adolescents constitue un problème majeur de santé mentale.

Anxiété chez les adolescents

Les troubles anxieux peuvent affecter les personnes de tout âge. La manifestation de l'anxiété au niveau des troubles anxieux se présente sous forme de peurs, de craintes, d'appréhension, de nervosité ou encore de symptômes physiques. L'anxiété est

considérée anormale lorsqu'elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable et qu'elle devient chronique. Pour Chaloult (1988) les principaux symptômes des troubles anxieux sont : les symptômes affectifs (p. ex., peur, appréhension, irritabilité, panique), les symptômes cognitifs (p. ex., le cours et le contenu de la pensée perturbés) et les symptômes physiologiques (p. ex, fragilité, insomnie, symptômes sensoriels, respiratoires, musculaires, génitaux-urinaires et neurovégétatifs).

La définition suivante de l'anxiété est issue des modèles de l'expérimentation animale : « il s'agit d'un état émotionnel déterminé par les éléments psychologiques, cognitifs et comportementaux pouvant être objectivés » (Gauthier, 2001, p. 124). Selon celui-ci, l'anxiété est une émotion de base, une émotion qui protège l'espèce des « prédateurs ». Par contre, dans certains cas et selon la vulnérabilité des individus, cette anxiété peut être adaptative ou non. Certaines personnes ont des traits anxieux alors que d'autres vivent des états anxieux. Dans l'anxiété, un agent stressant physique ou psychosocial sert de déclencheur. L'appareil attention-concentration-filtration opère alors une évaluation cognitive qui va produire une réponse automatique d'adaptation. Cette dernière dépendra à la fois des caractéristiques de l'agent stressant et de celles de l'individu. Enfin, Larivey (2002) définit l'anxiété comme étant une peur diffuse. Elle tient lieu de système d'alarme qui prend la forme d'un léger affolement intérieur lorsqu'il y a un danger. La présence de l'anxiété signale que la personne craint quelque chose dans la situation actuelle ou à venir.

De façon plus spécifique, chez les adolescents, les troubles anxieux se caractérisent par la sensation ou la manifestation excessive de peurs ou d'inquiétudes dans des contextes normaux. Les peurs peuvent porter sur les liens avec des figures d'attachement (p. ex. la présence des parents), sur des comportements sociaux (p. ex., parler devant un groupe), sur des événements prévisibles ou inattendus suscitant de l'anxiété (p. ex., la mort) (Tarabulsky & Hémond, 1999). Également, chez l'adolescent, des stress quotidiens qualifiés de mineurs (p. ex., le travail scolaire, l'apparence), peuvent être tout aussi significatifs que des stress qualifiés de majeurs (p. ex., décès d'un ami, séparation des parents) (McGuire, Mitie, & Newman, 1987; Compas, Davis, & Forsythe, 1985).

Prévalence de l'anxiété chez les adolescents. Selon Ladouceur, Marchand et Boisvert (1999) l'anxiété anormale est l'un des problèmes psychologiques des plus répandus. Une enquête initiée par l'Association des psychiatres du Canada menée auprès de jeunes âgés entre 13 et 18 ans, montre qu'un jeune sur vingt se sent constamment stressé (APC, 1996). De plus, cette étude révèle que 7 % des jeunes jugent qu'ils sont incapables ou qu'ils composent difficilement avec leurs angoisses. Par ailleurs, 65 % des répondants affirment que l'école représente la source principale de stress, alors que 11 % et 8 % d'entre eux, identifient respectivement la vie familiale et les relations interpersonnelles. On estime à environ 13 sur 100 le nombre d'enfants et d'adolescents âgés entre 9 et 17 ans qui éprouvent au cours de cette période une certaine forme de troubles anxieux. De plus, presque la moitié des enfants et des adolescents présentant un

trouble anxieux, souffriront d'un deuxième trouble anxieux ou d'un autre trouble mental ou comportemental, telle que la dépression (Shaffer et al., 1996).

Estime de soi chez les adolescents

Dans la littérature scientifique, il subsiste une certaine confusion relativement aux termes de concept de soi et d'estime de soi. Pour certains auteurs, le concept de soi se réfère à la perception qu'une personne a d'elle-même (Harter, 1998a), alors que l'estime de soi correspond d'une manière plus subjective, à l'appréciation affective de soi-même (Ruel, 1987). Actuellement, les écrits ne permettent pas de déterminer si le concept de soi et l'estime de soi représentent deux notions distinctes. Bien qu'il existe un chevauchement entre ces deux concepts, l'estime de soi globale et les multiples conceptions de soi ne sont pas équivalentes (Rosenberg, 1979). Pour Rosenberg (1985), une estime de soi élevée est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard du soi.

L'adolescence est une période charnière pour le développement et la consolidation de l'estime de soi. Pour y parvenir, l'adolescent doit prendre le risque de se séparer de ses parents en se définissant par rapport à eux et en explorant l'intimité auprès d'amis et de personnes du sexe opposé. D'autre part, selon Ayotte et Laurendeau (1999), le rôle médiateur qu'exerce l'estime de soi sur la santé mentale justifie à lui seul que des interventions axées sur la promotion des compétences liées à l'adaptation

psychosociale d'adolescents viennent soutenir le développement et le maintien d'une bonne estime de soi chez les adolescents. L'estime de soi est un facteur clé dans la structure psychologique et un important déterminant de la santé mentale et des comportements sociaux. Bolognini, Plancherel, Bettechart et Halfon (1996) ont par ailleurs noté que l'estime de soi est une variable fondamentale de la santé mentale dès le début de l'adolescence et que les adolescents possédant une faible estime d'eux-mêmes obtiennent des taux sensiblement plus élevés de dépression. Une faible estime de soi est associée à la dépression au sein de population normale adulte et adolescente (Luck & Heiss, 1972; Rosenberg, 1965; Rosenberg & Simmons, 1972), à des taux moindres de satisfaction envers la vie (Andrews & Withney, 1976) et à des états affectifs négatifs (irritabilité, impulsivité, agressivité) (Rosenberg, 1985). Une image de soi positive semble donc indispensable pour favoriser et maintenir une bonne santé mentale et une bonne adaptation, puisque les individus possédant une faible estime de soi sont plus vulnérables à différents problèmes d'ordre psychologique (Rosenberg, 1985; Woringer & Halibi, 1998).

Prévalence de l'estime chez les adolescents. Au Canada, une enquête nationale sur la santé de la population menée en 1998-1999, montre que 35,9 % des personnes de 12 à 14 ans considéraient avoir une estime élevée d'elles-mêmes, comparativement à 41 % pour les personnes âgées de 15 à 19 ans (Statistiques Canada, 2002). Dans cette étude, l'estime de soi désigne le sentiment de sa propre valeur en tant que personne. Plus près de nous, une étude menée au Saguenay-Lac-Saint-Jean sur la santé mentale et le

vécu psychoaffectif des élèves du secondaire, estime à 15,2 % la proportion de jeunes aux prises avec une faible estime de soi. Par ailleurs, une grande proportion d'élèves, soit 65,1 %, affichent une estime de soi moyenne (Gaudreault, Veillette, & Perron, 2003).

Comportements interpersonnels : théorie de l'autodétermination et théorie de l'évaluation cognitive

Théorie de l'autodétermination

De nombreuses recherches en psychologie ont été réalisées dans le domaine de la motivation. Dans ce champ d'étude, la motivation est perçue comme le centre de la régulation biologique, cognitive et sociale des individus. De plus, elle est considérée comme une source d'énergie, une direction et une persistance du comportement éprouvé par les individus dans leurs actions ainsi que dans leurs intentions (Ryan & Deci, 2000). On dénombre plusieurs théories permettant de mieux comprendre et de mieux expliquer la motivation humaine, parmi lesquelles on retrouve celle de l'autodétermination (TAD) de Ryan et Deci (2000, 2001; Deci & Ryan, 1985, 1991). Deci et Ryan (1985) proposent l'existence de différents types de motivations. Ces types de motivations peuvent se diviser en trois grandes classes : la motivation intrinsèque (MI), la motivation extrinsèque (ME) et l'absence de motivation (AM). De plus, la TAD permet également d'expliquer comment la motivation devient autodéterminée. Selon cette dernière, l'être

humain peut être actif et engagé dans son cheminement personnel ou bien passif et aliéné, cela dépendamment du contexte social dans lequel il se développe et évolue.

Théorie de l'évaluation cognitive

Afin d'expliquer comment le niveau d'autodétermination est influencé par le contexte social, Deci et Ryan, (1985, 1991), ont proposé la théorie de l'évaluation cognitive. Cette théorie est une sous-théorie de la TAD. Elle examine les conditions sociales facilitant ou entravant la motivation humaine et propose que les êtres humains ont des besoins psychologiques fondamentaux. La satisfaction de ces besoins est essentielle au développement, à l'intégrité, à la santé mentale et au bien-être psychologique des individus. Plus spécifiquement, la théorie de l'évaluation cognitive s'intéresse aux comportements des gens significatifs susceptibles d'influencer le niveau d'autodétermination, qui à son tour influe sur le fonctionnement psychologique et le bien-être de l'individu. Des études antérieures visant à valider la TAD ont été réalisées dans différents domaines, dont ceux de l'éducation, de la santé et du travail (Deci & Ryan, 1985, 1991; Ryan & Deci, 2000, 2001). Selon la TAD, trois besoins psychologiques sont à la base de la motivation humaine, soit le besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale¹. Ces trois dimensions des comportements interpersonnels permettent d'évaluer le contexte social dans lequel l'individu évolue.

¹ L'auteur de l'instrument utilise le terme *appartenance* dans son contexte théorique et *implication dans la relation* pour désigner la sous-échelle de l'instrument de mesure correspondante, afin de traduire le terme anglais *relatedness*. Dans les écrits, le terme affiliation sociale est aussi retrouvé. Dans le but d'alléger le texte, le terme affiliation sociale est utilisé dans la présente recherche.

Un contexte social qui soutient l'autonomie, la compétence et l'affiliation sociale est associé à une motivation plus autodéterminée et à un meilleur fonctionnement psychologique. Les études réalisées jusqu'à maintenant et menées pour la plupart auprès d'une population adulte montrent que les facteurs environnementaux soutenant les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale sont associés à une meilleure santé mentale (Deci & Ryan, 1985, 1991; La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000; Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000, 2001). Dans la présente recherche, les facteurs contextuels étudiés sont les comportements interpersonnels en provenance des parents et des enseignants. La section qui suit porte sur la définition de chacune des trois dimensions des comportements interpersonnels soit, les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale.

Autonomie

Dans la perspective de la TAD, le besoin d'autonomie réfère à l'action volontaire de l'individu (Deci & Ryan, 1985). D'un point de vue théorique, l'autonomie est différenciée de l'indépendance et de l'individualisme (Ryan & Lynch, 1989). Elle s'acquiert avec le soutien des personnes significatives autour de soi (Deci & Ryan, 1985, 1991; Ryan & Deci, 2000). Lorsque l'individu sent que son environnement social soutient son autonomie, il a alors le sentiment d'être à la source de ses comportements (locus de causalité interne) et cela amène une augmentation de son sentiment d'autodétermination. À l'opposé, lorsque l'individu perçoit que son comportement est

motivé par des sources externes (locus de causalité externe), celui-ci percevra son environnement social comme étant plus contrôlant, ce qui entraînera une diminution de sa motivation autodéterminée.

Compétence

Le deuxième besoin fondamental, la compétence, réfère au sentiment d'être efficace dans ses interactions avec l'environnement social et dans la maîtrise de ses comportements (Deci, 1975; Deci & Ryan, 1985). À elle seule, l'efficacité ne suffit toutefois pas à susciter le sentiment d'être compétent. L'individu doit de plus, être en mesure de percevoir un lien entre l'objectif à accomplir et l'action qu'il pose afin d'atteindre les buts qu'il se fixe.

Affiliation sociale

Le besoin d'affiliation sociale, le troisième besoin fondamental, se rapporte au sentiment d'appartenir à un environnement significatif (Baumeister & Leary, 1995; Ryan, 1995; Sheldon & Bettencourt, 2002). Ainsi, le besoin d'affiliation sociale consiste à ressentir le soutien, l'affection et l'attention des individus significatifs autour de soi (Ryan, Stiller, & Lynch, 1994). Le besoin d'affiliation sociale est donc défini comme un besoin humain de base qui est essentiel au bien-être psychologique (Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 1991).

Selon la TAD, le contexte et les facteurs sociaux et environnementaux peuvent faciliter ou nuire à la motivation autodéterminée. La prochaine section vise à expliquer un déterminant de la motivation autodéterminée, soit la source interpersonnelle de soutien, afin de mieux saisir son impact sur la motivation.

Déterminants de la motivation

Les parents et des enseignants dans leurs interactions avec le jeune constituent un déterminant de la motivation autodéterminée sur lesquels il s'avère important de s'attarder. Ainsi, les parents et les enseignants peuvent opter pour l'un ou l'autre mode d'interaction, soit entraver ou soutenir les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale des adolescents.

En effet, si l'adolescent perçoit que l'intervenant soutient son autonomie en lui donnant des choix et en respectant ses décisions, celui-ci va se sentir à l'origine de ses actions et sa motivation va se rapprocher de l'autodétermination. À l'inverse, si l'intervenant utilise une méthode contrôlante lorsqu'il interagit avec l'adolescent, il réduit ses opportunités de choisir lui-même ce qui serait le plus approprié pour lui d'après le contexte.

De plus, l'utilisation de rétroactions positives et de conseils bienveillants de la part de l'intervenant augmente le sentiment de compétence chez l'adolescent. Par exemple, un enseignant qui donne du feedback utile à son étudiant lorsqu'il ne réussit pas très bien, augmentera son sentiment de compétence, lequel pourra à son tour, augmenter sa motivation autodéterminée. Cependant, si l'adolescent perçoit que son enseignant lui donne des rétroactions négatives, voire même ne lui procure aucune rétroaction, cela aura comme conséquence une baisse de son sentiment de compétence, donc, une diminution de sa motivation.

Les comportements interpersonnels des intervenants qui induisent un sentiment d'affiliation sociale chez l'adolescent, auront comme effets d'amplifier le sentiment d'autonomie et de compétence. Par exemple, un adolescent qui perçoit que ses parents apprécient vraiment passer du temps avec lui permettant de ressentir le soutien de ses parents avec amour, affection et confiance, devrait amplifier son sentiment d'affiliation sociale.

Puisque la TAD définit les trois besoins fondamentaux comme étant des besoins innés et essentiels, la section suivante propose d'étendre les postulats de la théorie de l'évaluation cognitive au domaine de la santé mentale afin de préciser la relation entre les trois dimensions des comportements interpersonnels des parents et des enseignants et la santé mentale auprès d'adolescents.

Comportements interpersonnels et indices de santé mentale

Au cours des trente dernières années, plusieurs études scientifiques ont été publiées dans le cadre de la théorie de l'autodétermination. Ces recherches se sont intéressées aux besoins humains, aux valeurs, à la motivation, au développement personnel, à la santé mentale ainsi qu'au bien-être psychologique. La présente section passe en revue la recension des écrits examinant la relation entre les variables en lien avec les trois dimensions des comportements interpersonnels des parents et des enseignants à l'égard des adolescents. Elle vise à savoir s'il y a une corrélation tributaire entre ces trois dimensions et les variables dépression, anxiété et estime de soi. La recension des écrits n'a pas permis de trouver d'études portant spécifiquement sur les variables à l'étude, notamment pour les comportements interpersonnels et l'anxiété auprès d'une population adolescente. Toutefois, les recherches menées auprès de populations adultes démontrent qu'une diminution du bien-être est ressentie par l'individu dont le contexte social entrave la satisfaction des besoins psychologiques d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale (Deci & Ryan, 1985, 1991; La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000; Reis Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000; Ryan & Couchman, 1999; Ryan & Deci, 2000, 2001). De plus, les écrits font ressortir que les parents et les enseignants qui soutiennent les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale, fournissent un climat et une structure favorisant le développement émotionnel des adolescents (Eccles, Early, Frasier, Belansky, & McCarthy, 1997).

Relation entre comportements interpersonnels et dépression chez les adolescents

Soutien à l'autonomie et dépression

Bien que les études portant sur la relation entre l'autonomie et la dépression soient nombreuses, les résultats sont partagés en raison notamment des conceptions divergentes entourant la notion d'autonomie à l'adolescence. Dans la perspective analytique, la notion d'autonomie se traduit en terme de détachement des parents (Freud, 1958; Lamborn & Steinberg, 1993), d'individuation et d'indépendance (Steinberg & Silverberg, 1986). Toutefois, la TAD propose que le concept d'autonomie implique uniquement l'action volontaire de l'individu de même que l'intégration qui en découle (La Guardia & Ryan, 2000; La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000). Selon Noom, Deković et Meeus (1999) l'autonomie et l'attachement ne doivent pas être considérés comme deux pôles opposés d'une même dimension, mais en tant que deux dimensions distinctes. L'autonomie véritable des adolescents s'acquiert donc avec le soutien des gens significatifs autour d'eux et en relation avec ces derniers (Deci & Ryan, 1985, 1991).

Jusqu'à présent, la vaste majorité des études en relation avec l'autonomie et la dépression, ont utilisé une mesure de détachement et de perte de soutien plutôt que le soutien à l'autonomie véritable (Ryan & Lynch, 1989). Lamborn et Steinberg (1993) ont démontré qu'un environnement familial moins supportant, combiné à la présence d'un détachement émotif des parents sont associés à des résultats élevés sur une mesure de

détresse interne comprenant des variables telles que l'anxiété, les symptômes dépressifs et la somatisation. Par ailleurs, Fuhrman et Holmbeck (1995) soulignent que l'autonomie émotionnelle élevée semble être associée à une adaptation positive lorsque les adolescents se sentent proches ou attachés à leurs parents.

D'autres études ont démontré la contribution de l'autonomie sur la santé mentale des adolescents. Ainsi, Noom, Deković et Meeus (1999) suggèrent la présence d'une relation négative significative entre l'autonomie et l'humeur dépressive chez les adolescents. De plus, McFarlane, Bellissimo et Norman (1995) démontrent qu'une inhibition de l'autonomie est liée à la dépression chez les adolescents. Également, l'étude de Melby (1993) fait ressortir que la perception du soutien à l'autonomie des parents contribue à diminuer l'expérience de la dépression chez l'adolescent. En outre, un ensemble d'études a établi l'importance de l'autonomie psychologique parentale à l'adolescence en démontrant que l'autonomie psychologique, définie comme étant la façon dont les parents empêchent l'expression chez leur adolescent de leurs propres idées par des intrusions psychologiques, apporte une contribution indépendante à la prédiction de la dépression, des comportements antisociaux et de la réussite scolaire (Barber & Olsen, 1997; Conger, Conger, & Scaramella, 1997; Eccles, Early, Frasier, Belansky, & McCarthy, 1997; Garber, Robinson, & Valentiner, 1997; Herman, Dornbusch, Herron, & Herting, 1997). Toutefois, l'étude de Pavlidis et McCauley (2001) réalisée auprès de mères d'adolescents ayant un diagnostic de trouble dépressif,

ont démontré un niveau normal de soutien à l'autonomie chez ces dernières dans leur manière de soutenir l'autonomie de leur jeune.

Quant à la relation entre l'autonomie et les comportements interpersonnels des enseignants, les données dont on dispose proviennent toutes des études effectuées dans le cadre de la TAD. Ces études démontrent que les étudiants dont les enseignants soutiennent leur autonomie (versus les contrôlent) ont augmenté leur motivation intrinsèque et leur désir autonome pour le défi (Deci, Nezlek, & Sheinman, 1981; Flink, Boggiano, & Barrett, 1990; Ryan & Grolnick, 1986). Plus récemment, les études de Chirkov et Ryan (2001) conduites auprès d'étudiants russes et américains de niveau secondaire, démontrent que la perception du soutien à l'autonomie par les parents et les enseignants est associée à des niveaux plus élevés de bien-être et à une motivation plus autonome. L'importance du soutien à l'autonomie par l'environnement social dans le but d'augmenter le sentiment d'autonomie du jeune a été démontrée à tous les niveaux scolaires élémentaires (Grolnick, Deci, & Ryan, 1997), au niveau collégial (Black & Deci, 2000) et aux cycles universitaires supérieures (« postgraduate education ») (William & Deci, 1996).

En somme, les contextes de soutien à l'autonomie qui fournissent le choix et l'occasion d'exercer librement ses actions (« self-direction ») et une quantité minimale de pressions, d'évaluations, de buts imposés et de demandes, sont associés à moins de dépression chez les adolescents. Ces milieux qui soutiennent l'autonomie permettent

donc une plus grande rétroaction informationnelle et un contexte dans lequel la perspective de l'autre personne est considérée (Deci & Ryan, 1985, 2000; Reeve, 1998; Reeve, Bolt, & Cai, 1999; Ryan & Deci, 2000).

Soutien à la compétence et dépression

Peu d'études ont, à notre connaissance, examiné la relation entre le besoin de compétence tel que défini par la TAD et la dépression. Seule une étude réalisée auprès d'athlètes adolescents britanniques montre que la satisfaction du besoin de compétence apparaît être le plus important prédicteur du bien-être psychologique et physique (Reinboth, Duba, & Ntoumanis, 2004). D'autres études en dehors de la TAD dont celle de Elgar et Arlett (2002), soulignent la présence d'une relation négative entre la perception de l'inaptitude sociale et l'humeur dépressive chez l'adolescent. Pour sa part, l'étude de Smári, Pétursdóttir et Þorsteindóttir (2001) démontre une association négative entre la perception de compétence par l'adolescent et la dépression. Précisons que dans cette étude la compétence est mesurée à l'aide de quatre dimensions incluant la compétence sociale, physique, scolaire et générale.

D'autres études révèlent que la perception de sa propre compétence est un facteur de prédiction des symptômes dépressifs chez les enfants et les adolescents (Hilsman & Garver, 1995; Robinson, Garber, & Hilsman, 1995). Chez les enfants, la perception négative de sa compétence est significativement corrélée à la présence de symptômes

dépressifs (Cole, Martin, Peeke, Seroczynski, & Hoffman, 1998). Des recherches menées cette fois auprès de préadolescents montrent la présence d'un lien négatif entre la compétence de soi (c.-à-d. le sentiment de sa valeur personnelle) ainsi que la perception de son apparence physique et la dépression. Enfin, l'étude longitudinale de Golstein et Strube (1994) a montré que les étudiants de niveau collégial qui reçoivent du feedback (retour d'informations) pour une performance perçue comme étant une réussite, augmente leur affect positif, mais n'influence pas l'affect négatif. À l'inverse, un feedback reçu pour un échec augmente l'affect négatif, mais n'influence pas l'affect positif.

Par ailleurs, deux études menées auprès de jeunes chinois dont celle de Cole (1990) réalisée auprès d'enfants d'âge scolaire et celle de Chan (1997), soulignent que le sentiment d'une faible « compétence scolaire » peut prédire une plus grande prévalence de dépression. Également, Chan (1997) montre que les adolescents qui se perçoivent comme « socialement compétent » et « compétent au plan scolaire », obtiennent des scores moins élevés sur la mesure de dépression. Inversement, les adolescents qui se classent dans la catégorie « moins compétents au plan social et scolaire », obtiennent des scores plus élevés sur la mesure de dépression. Cette étude suggère une influence bidirectionnelle entre le fait d'être « moins compétent » et la dépression à l'adolescence.

À la lumière des écrits recensés, il semble que la relation entre le soutien à la compétence tel que défini par la TAD et la dépression chez les adolescents n'a pas été étudiée jusqu'à présent. Toutefois, la satisfaction de ce besoin serait le plus important

prédicteur du bien-être chez les adolescents. De plus, la relation entre la perception de sa propre compétence apparaît généralement associée à la dépression chez les jeunes.

Soutien à l'affiliation sociale et dépression

L'examen des écrits scientifiques portant sur le lien entre le besoin d'affiliation sociale et la dépression demande de prendre en considération les variables se rapprochant le plus du besoin d'affiliation sociale en raison du vide empirique entourant cette relation. Parmi celles-ci, on distingue l'engagement parental, l'attachement et le soutien familial.

Parmi les travaux qui mettent en lien l'engagement parental et la dépression chez les adolescents, l'étude de Giguère (2000) suggère que la dépression chez l'adolescent est prédite par un faible engagement de la part des parents. Ce concept d'engagement parental évalue jusqu'à quel point l'adolescent perçoit ses parents comme étant affectueux, sensibles et chaleureux. Cette étude a démontré que l'engagement parental est la dimension du style parental qui est le meilleur prédicteur de la dépression chez les adolescents. D'un autre côté, l'étude de Pavlidis et McCauley (2001) fait ressortir que les mères d'adolescents déprimés démontrent un niveau normal en ce qui concerne la manifestation de chaleur et d'engagement envers leurs jeunes.

En se référant cette fois à la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969, 1978), de nombreuses études menées auprès d'adolescents soutiennent la présence d'un lien entre le soutien parental, l'attachement et la dépression. Parmi ces études, celle de Shirk, Gudmundsen et Burwell (2005) démontre une relation entre le fait de percevoir sa mère comme étant indisponible, insensible et non supportante et la présence de symptômes dépressifs à l'adolescence. Selon Silverman (2004) l'attachement évitant est un prédicteur d'un faible soutien parental et d'une présence élevée de symptômes dépressifs chez les adolescents. De plus, les analyses de régression démontrent des différences liées aux genres dans la prédiction de la dépression. L'attachement anxieux/ambivalent et l'attachement sécurisant sont des prédicteurs significatifs de la présence ou l'absence de dépression chez les filles, alors que l'attachement évitant et le soutien des pairs, pour leur part, prédisent la dépression chez les garçons.

Quant au soutien offert par la famille, plusieurs études démontrent l'importance de le considérer afin de contrer la présence des symptômes dépressifs à l'adolescence. L'étude de Vendette et Marcotte (2000) a démontré qu'un faible soutien des membres de la famille et des pairs, de même que les événements de vie stressants, sont corrélés avec les symptômes dépressifs à l'adolescence. Les adolescents dépressifs comparativement aux non-dépressifs utilisent moins de stratégies d'adaptation, rapportent vivre plus d'événements de vie stressants et sont plus insatisfaits du soutien social perçu. Enfin, les résultats de cette étude démontrent que les stratégies d'adaptation et le soutien social prédisent les symptômes dépressifs chez les adolescents. Plus récemment, Marcotte,

Marcotte et Bouffard (2002) ont évalué le rôle du soutien familial (besoins de soutien, d'informations et de rétroactions) et des attitudes dysfonctionnelles au niveau de la dépression, de la délinquance et de la concomitance de ces troubles auprès d'un échantillon d'adolescents de la région de Trois-Rivières. Les résultats confirment que plus les adolescents présentent des troubles liés à la dépression et à la délinquance, moins ils rapportent recevoir de soutien familial. Patten et al. (1997) en sont arrivés à des conclusions similaires. Finalement, les recherches de Dubois, Felner, Brand, Adan et Evans (1992) et de Dubois, Felner, Meares et Krier (1994) démontrent que le soutien social des membres de la famille et des amis, contribue à diminuer le taux de détresse psychologique chez les adolescents.

Dans la même ordre d'idée, la famille, et plus précisément le soutien familial, est souvent cité comme un facteur déterminant dans la manifestation dépressive (voir Hammen, 1991). D'ailleurs, quelques études démontrent que le fait de percevoir ses parents comme une source de soutien constitue un facteur de protection dans l'apparition de la dépression (Dal Ferro, 2000; Lamborn & Steinberg, 1993). Procidano et Heller (1983) définissent le soutien familial comme étant une perception individuelle de la famille satisfaisant les besoins de soutien, d'information et de rétroaction. Les adolescents qui identifient que leur famille n'est ni très cohésive, ni très supportante, tendent à manifester davantage de symptômes dépressifs (Donnelly, 1999; Licita-Kleckler & Wass, 1993). De même, il a été démontré que les adolescents hospitalisés pour des raisons psychiatriques et possédant un niveau élevé de soutien familial,

présentent un faible niveau de dépression (Barrera & Garrison-Jones, 1992). De plus, Aseltine et Gore (1993) ont démontré que le soutien familial élevé est associé à une probabilité moindre de délinquance. D'autres études comme celle de McFarlane, Bellissimo, Norman et Lange (1994) rapportent que la dépression est négativement liée à la perception des parents comme source de soutien. Également, Puig-Antich et al. (1993), constatent un lien entre la présence élevée de dépression et les problèmes relationnels avec les parents chez les adolescents. Ces auteurs ont démontré que les adolescents dépressifs présentent des relations interpersonnelles conflictuelles avec la famille et les pairs.

En bref, l'influence de la relation parent-adolescent sur l'étiologie de la dépression semble bien appuyées empiriquement. Pour la grande majorité des recherches, la dépression chez l'adolescent est inversement reliée au niveau d'approbation, d'attachement et de soutien fourni par l'environnement familial. Ces résultats ont été obtenus dans les études conduites dans la communauté (p. ex., Avison & McAlpine, 1992; Hops, Lewinsohn, Andrews, & Roberts, 1990; Kandel & Davies, 1982; McFarlane, Bellissimo, Norman, & Lange, 1994) et en milieux cliniques (p. ex., Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990; Barrera & Garrison-Jones, 1992).

Quant à la relation entre le soutien social fourni par les intervenants en milieu scolaire et la dépression chez les adolescents, les rares études répertoriées ont rapporté des résultats positifs. En ce sens, les études de Dubois, Felner, Brand, Adan et Evans

(1992) et Dubois, Felner, Meares et Krier (1994), démontrent qu'un niveau élevé de soutien de la part des intervenants en milieu scolaire était relié à une plus forte réduction de la détresse psychologique chez ceux ayant un faible soutien familial que chez ceux bénéficiant d'un soutien familial élevé. Dans l'ensemble, on possède peu de connaissances sur les caractéristiques structurelles et fonctionnelles du soutien provenant des adultes autres que les parents. Notamment, on ignore si ces adultes occupent un rôle complémentaire à celui des parents ou s'ils assument davantage une fonction compensatoire auprès des adolescents qui ne reçoivent peu ou pas de soutien de la part de leurs parents. On peut néanmoins supposer que les adultes qui font partie de la vie quotidienne des adolescents, particulièrement les enseignants, constituent une source appréciable de soutien (Scales & Gibbons, 1996). En ce sens, les études de Ryan, Stiller et Lynch (1994) endossent la pertinence du besoin d'affiliation sociale dans des domaines tel que celui de l'éducation et suggèrent que les sentiments d'appartenance et de sécurité, peuvent jouer un rôle crucial en ce qui a trait à la socialisation et à l'ajustement de l'étudiant en contexte scolaire.

En bref, en ce qui a trait aux variables se rapprochant le plus de l'affiliation sociale telles que définie par la TAD en lien avec la dépression, il est possible de conclure que le soutien des enseignants représente un élément important à considérer au niveau de la dépression à l'adolescence. En somme, compte tenu qu'aucune étude jusqu'à présent n'a étudié le besoin d'affiliation sociale en relation avec la dépression et

les comportements interpersonnels des parents et des enseignants, d'autres recherches s'avèrent nécessaires afin de préciser ce lien.

Relations entre comportements interpersonnels et anxiété

Peu de recherches ont également porté sur l'examen du lien entre les comportements interpersonnels et l'anxiété. Les seules études dont on dispose ont été menées auprès d'une population de travailleurs adultes ou auprès d'étudiants de niveau collégial. Récemment, Baard, Deci et Ryan (2004), ont proposé un modèle dans lequel l'orientation autonome des employés ainsi que leurs perceptions de leur directeur quant au soutien à l'autonomie, ont indépendamment prédit la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. À leur tour, les trois besoins se sont avérés être des prédicteurs significatifs des performances et de l'ajustement psychologique des employés incluant des variables comme la vitalité (affect positif), l'anxiété et la dépression (affects négatifs). Deci, Ryan, Gagné, Leone, Usunov et Kornazheva (2001) ont évalué la satisfaction des besoins chez des travailleurs américains et des travailleurs bulgares. Les résultats montrent que les trois besoins favorisent dans les deux cas le bien-être des travailleurs, mesuré entre autre à l'aide d'une échelle d'estime de soi et d'anxiété.

Une autre étude a été conduite cette fois auprès d'une population d'étudiants universitaires américains afin d'examiner les effets du soutien à l'autonomie par les

enseignants et la motivation autonome sur l'apprentissage de la chimie organique (Black & Deci, 2000). Les résultats ont démontré que lorsque les étudiants entrent en cours en étant motivés de façon autonome (versus contrôlée), ils vivent des expériences plus positives en cours, ont de meilleures perceptions de leur compétence et présentent un plus bas niveau d'anxiété. De plus, la perception de l'étudiant que son enseignant soutient son autonomie prédit une augmentation de l'autorégulation autonome, des perceptions de compétence et une diminution de l'anxiété pendant le trimestre scolaire qui s'échelonne sur une période de quatre mois. Malgré toute la pertinence de cette étude en lien avec la recherche actuelle, notons cependant que Black et Deci (2000) n'ont pas mesuré le soutien des enseignants relatifs aux deux autres besoins de la TAD, soit le besoin de compétence et d'affiliation sociale.

Relations entre comportements interpersonnels et estime de soi

Deci et Ryan (1995) ont proposé une différenciation entre l'estime de soi élevée contingente et l'estime de soi véritable. Selon ces derniers, l'estime de soi contingente implique un investissement de soi et une autorégulation dans lesquels les comportements et les résultats sont directement liés à soi. Ainsi, l'estime de soi contingente élevée est fragile parce qu'elle demeure élevée aussi longtemps que l'individu parvient à satisfaire des critères appropriés. L'estime de soi véritable se réfère aux sentiments de sa propre valeur, ceux-ci étant bien ancrés et stables. Selon Deci et Ryan (1995), l'estime de soi

véritable se développe lorsque que les actions posées par l'individu sont autodéterminées et conformes aux demandes intérieures.

Dans les écrits, le peu d'études réalisées sur l'estime de soi en lien avec la TAD, suggèrent qu'une estime de soi élevée stable (conceptualisée comme étant distincte du niveau d'estime de soi) est associée à un plus grand bien-être. Par exemple, l'étude de Ryff (1989) menée auprès de jeunes adultes et d'adultes d'âge moyen et vieillissant, a évalué la relation entre la stabilité (stable/instable) et le niveau (faible/élevée) d'estime de soi et le bien-être psychologique mesuré à l'aide de six composantes : (1) acceptation de soi, (2) relations positives avec autrui, (3) autonomie, (4) maîtrise environnementale, (5) objectif de vie et (6) croissance personnelle. Ces composantes incluent l'autodétermination (autonomie), la compétence (maîtrise de l'environnement, croissance personnelle) et l'affiliation sociale (relations positives avec autrui). Les résultats de cette dernière étude démontrent qu'une estime de soi élevée stable amène une plus grande autonomie, une maîtrise environnementale, un objectif de vie, une acceptation de soi, des relations positives avec autrui et une croissance personnelle. Également, Paradise et Kernis (2002) ont administré les mêmes mesures que Ryff (1989) à un échantillon adulte et ont obtenu des résultats semblables. Ces deux dernières études suggèrent que l'estime de soi élevée stable puisse fournir la base du fonctionnement efficace dans différents domaines, tandis que l'estime de soi élevée instable peut miner le fonctionnement efficace de l'individu.

L'étude de Ryan et Grolnick (1986) portant sur le rôle des enseignants dans la socialisation d'enfants au primaire, démontre que les étudiants dont les enseignants soutiennent leur autonomie et leur manifestent de la chaleur humaine sont davantage motivés intrinsèquement, se sentent plus compétents et obtiennent un score beaucoup plus élevé d'estime de soi que les étudiants qui possèdent des représentations négatives de leurs enseignants. Également, une autre étude déjà citée s'est intéressée à la perception du soutien à l'autonomie par les parents et les enseignants auprès de populations adolescentes russes et américaines (Chirkov & Ryan, 2001). Les résultats démontrent que tous les indices de bien-être (estime de soi, actualisation de soi et satisfaction de la vie) sont positivement corrélés entre eux et négativement corrélés avec la dépression. De plus, Ryan et La Guardia (2000) ont démontré qu'un climat de classe favorisant l'autonomie et l'affiliation sociale augmente l'estime de soi chez l'enfant, la confiance et le sentiment de sécurité. À l'opposé, les classes où le contrôle l'emporte et où l'on néglige les relations interpersonnelles se caractérisent par l'absence de bien-être psychologique. De façon générale, l'autonomie est associée à une meilleure santé émotionnelle, une plus grande vitalité et un plus grand bien-être (Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000; Sheldon, Ryan, & Reis, 1996).

Dans ses travaux concernant le développement de l'estime de soi, Harter (1999) explique que le plus important chez l'humain est de se sentir supporté par des personnes significatives et se sentir compétent dans des domaines importants pour soi. De plus, Antonucci (1990) et Sandler, Miller, Short et Wolchick (1989) mentionnent qu'une des

fonctions primaires du soutien social tout au long de la vie, est l'estime de soi. D'autres études ont par ailleurs démontré que l'appui des membres de la famille étroite est associé à un plus haut niveau d'estime de soi chez les enfants et les adolescents (Harter, 1998b; Levitt, Guacci-Franco, & Levitt, 1993; Van Aken & Ansendorpf, 1997).

Sommes toutes, à la lumière des écrits recensés dans le cadre du présent contexte théorique, deux constats se dégagent. D'une part, l'ensemble des études réalisées sous l'égide de la TAD ayant examiné le soutien aux trois besoins psychologiques et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi suggèrent que les contextes familiaux et scolaires qui apportent peu de soutien à ces trois besoins sont associés à la dépression, à l'anxiété et une faible estime de soi chez les adolescents. D'autre part, l'ensemble des études conduites sur des variables présentant une similitude sur le plan opératoire aux dimensions des comportements interpersonnels, nous amène à postuler que plus les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale sont soutenus par les parents et les enseignants, moins les adolescents présenteront de la dépression et de l'anxiété et plus leur estime de soi sera élevée.

Objectifs de recherche, hypothèses et questions exploratoires

La présente étude porte sur la relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants en lien avec des indices de santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété et l'estime de soi chez les adolescents. L'étude vise également à identifier

l'existence de différences dans la relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants d'une part, et des indices de santé mentale d'autre part. Par ailleurs, l'étude vise à évaluer quelles dimensions des comportements interpersonnels sont les plus importants prédicteurs de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi.

À partir de ces considérations, il est possible de formuler les hypothèses de recherche suivantes :

H 1 : La dépression chez les adolescents est négativement corrélée au soutien à l'autonomie, à la compétence et l'affiliation sociale par les parents et les enseignants.

H 2 : L'anxiété chez les adolescents est négativement corrélée au soutien à l'autonomie, à la compétence et l'affiliation sociale par les parents et les enseignants.

H 3 : L'estime de soi chez les adolescents est positivement corrélée au soutien à l'autonomie, à la compétence et l'affiliation sociale par les parents et les enseignants.

À titre exploratoire, les questions exploratoires suivantes sont ajoutées :

Q1 : Y-a-t-il une différence en ce qui concerne la relation entre les comportements interpersonnels et les indices de santé mentale en fonction de la source interpersonnelle de soutien (parents versus enseignants)?

Q2 : Quels sont les prédicteurs significatifs des indices de santé mentale à partir de l'ensemble des comportements interpersonnels perçus par l'adolescent?

Méthode

Le deuxième chapitre décrit la méthode utilisée pour vérifier les hypothèses et répondre aux questions de recherche et se divise en trois parties. La première comprend la description de l'échantillon à l'étude ainsi que la description de la technique d'échantillonnage. La seconde partie présente les instruments de mesure et leurs propriétés psychométriques. Finalement, le plan de l'expérience et son déroulement sont exposés.

Participants

Cette étude a été réalisée auprès de 136 adolescents âgés entre 14 et 18 ans ayant accepté de participer à la recherche sur une base volontaire. Les répondants sont des élèves de niveaux secondaires III, IV et V du programme d'enseignement régulier provenant d'une polyvalente publique de la région du Saguenay (échantillonnage par grappes). L'échantillon final se compose de 68 filles (50 %) et 68 garçons (50 %) dont la moyenne d'âge est de 15,67 ($ET = 1,22$). Des 141 questionnaires distribués, trois personnes ont choisi de ne pas y répondre et deux ont été rejetés en raison de données incomplètes.

Instruments de mesure

Une méthodologie d'enquête par questionnaire a été utilisée afin de recueillir les données de l'échantillon. Tout d'abord, en raison de considérations éthique et déontologique, un formulaire de consentement (voir Appendice E) a été présenté aux

participants. Celui-ci explique le but de la recherche et ses modalités. Le formulaire de consentement inclut également des informations sur la confidentialité de la recherche. De plus, des mesures d'aide ont été exposées lors de l'expérimentation. La dernière feuille du questionnaire présente les numéros de téléphone des services d'aide disponibles dans la région, de même que les services internes disponibles dans leur établissement (voir appendice D). L'expérimentatrice a incité tous les participants à conserver soigneusement cette feuille. Le questionnaire comme tel, accompagné d'une description du protocole d'expérience, a été préalablement soumis au Comité institutionnel de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (CIDRE-UQAC). Après avoir étudié le projet, le Comité a déclaré que le projet était conforme aux exigences du code de déontologie appliquées à l'UQAC. Suite à cela, un certificat de déontologie a été émis (voir Appendice A).

Le questionnaire présenté en Appendice B se divise en trois principales sections. La première vise à mesurer trois dimensions des comportements interpersonnels des parents et des enseignants à l'égard des adolescents (soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale). La seconde vise à évaluer la dépression, l'anxiété et l'estime de soi. Finalement, la troisième section du questionnaire réfère aux informations sociodémographiques des répondants.

La description ainsi que les propriétés psychométriques de chacun des instruments de mesure utilisés sont présentés dans la section qui suit.

Comportements interpersonnels

Les comportements interpersonnels sont mesurés à l'aide de la version française et abrégée de l'*Échelle des comportements interpersonnels – perception des parents et des enseignants* (ÉCI – perception des parents et des enseignants) élaboré par Otis & Pelletier (2000). L'ÉCI est une mesure auto-administrée qui contient 21 items cotés selon une échelle de 7 points de type Likert (1 = *jamais*, 4 = *assez souvent*, 7 = *toujours*). Le répondant indique à quelle fréquence ses parents et ses enseignants adoptent les comportements présentés dans les énoncés. Plusieurs items sont inversés et les résultats aux échelles sont calculés de telle sorte que des scores plus élevés indiquent un degré plus élevé de perception positive des comportements interpersonnels en provenance des parents et des enseignants par le participant. L'ÉCI – perception des parents et des enseignants mesurent trois dimensions des comportements interpersonnels. La première dimension est le soutien à l'autonomie. Les items mesurent la perception de l'adolescent du soutien à l'autonomie proposé par ses parents et ses enseignants en lui donnant la possibilité de faire des choix et en respectant ses décisions (p. ex., *Mon professeur est toujours prêt à m'aider à prendre une décision*). La deuxième est le soutien à la compétence ou la provision d'informations. Cette dimension mesure l'utilisation de rétroactions positives et de conseils bienveillants par les parents et les enseignants (p. ex., *Je sens que mon professeur se soucie vraiment de moi*). La troisième se réfère à l'implication dans la relation ou affiliation sociale. Elle évalue les comportements interpersonnels des parents et des enseignants qui induisent un sentiment

d'appartenance chez leur enfant (p. ex., *Lorsque je ne réussis pas très bien, mon professeur me donne du feedback utile, m'indiquant où je fais des erreurs*). Les coefficients de cohérence interne obtenus dans l'étude de validation française sont de 0,71 pour le soutien à l'autonomie, de 0,89 pour le soutien à la compétence et de 0,87 pour l'implication dans la relation. La structure factorielle de l'outil a été démontrée par une analyse factorielle confirmatoire au moyen du programme Lisrel (Jöreskog & Sorbom, 1990). Dans la présente étude, les coefficients de consistance interne pour la perception des parents sont de 0,80 pour le soutien à l'autonomie, de 0,80 pour le soutien à la compétence et de 0,79 pour l'affiliation sociale. Quant à la perception des enseignants, les coefficients de consistance interne sont de 0,71 pour le soutien à l'autonomie, de 0,71 pour le soutien à la compétence et de 0,79 pour l'affiliation sociale.

Dépression

La dépression a été mesurée à l'aide de l'*Inventaire de dépression chez l'enfant* (Moor & Mack, 1982; version française du CDI, Kovacs & Beck, 1977). Le CDI est une adaptation du *Beck Depression Inventory* (BDI). Cet instrument sert à évaluer la dépression dans divers aspects tels que le sentiment de tristesse, la capacité à éprouver du plaisir, l'efficacité scolaire ou les relations interpersonnelles. Il est conçu pour des jeunes âgés de 7 à 17 ans. L'échelle comprend 27 items mesurant l'état de santé du jeune depuis les quinze derniers jours. Pour chaque item du CDI, trois possibilités de choix sont affectées d'une valeur numérique variant de 0 à 2. Par exemple, si au premier item

l'enfant a coché : « *Je suis souvent triste* », cette réponse est notée un (1) point. Le score total du CDI est la somme de tous les items. Plus la note est élevée, plus l'état est pathologique. Ce score peut s'échelonner de 0 à 54. Le questionnaire est de type papier-crayon et auto-administré. L'étude psychométrique de Lazzoni, Debry et Peree (1997) réalisée auprès de 353 enfants révèle un coefficient de consistance interne de 0,80. Également, les données normatives québécoises (Saint-Laurent, 1990) sont comparables à celles de l'échantillon américain. La cohérence interne ($\alpha = 0,86$) et la fidélité test-retest ($r = 0,72$) du CDI ont été démontrées sur la version de 27 items. Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne est de 0,82.

Anxiété

L'anxiété a été évaluée à l'aide du *Revised Children's Manifest Anxiety scale* (Cyr Wright, & Thériault, 1996; version québécoise francophone du RCMAS, Reynolds & Richmond, 1985). Le RCMAS sert à évaluer la fréquence et la sévérité des symptômes d'anxiété chez les enfants et les adolescents âgés entre 6 et 19 ans et porte sur deux modes d'anxiété : cognitif et physiologique. Les résultats aux différentes dimensions sont combinés pour refléter un degré d'anxiété générale. Le RCMAS comporte 28 items auxquels les participants répondent par vrai ou faux. De ces 28 items, dix servent à indiquer les manifestations physiologiques de l'anxiété (p. ex., *Souvent, j'ai de la difficulté à retrouver mon souffle*), onze concernent les préoccupations suggérant que l'enfant internalise ses expériences d'inquiétude (p. ex., *Je m'inquiète souvent*) et

sept correspondent à des items d'anxiété de concentration estimant si l'enfant ne peut répondre aux attentes d'autres personnes importantes, insatisfaisant et incapable de se concentrer (p. ex., *Les autres semblent avoir plus de facilité à faire les choses que moi*). Un résultat supérieur à 20 indique un problème d'anxiété qui requiert un suivi clinique. Le RCMAS a été normalisé auprès d'un échantillon de 4 972 jeunes âgés entre 6 et 19 ans. Ces jeunes provenaient de 13 états américains et plus de 80 écoles réparties sur l'ensemble du territoire des États-Unis. L'étude psychométrique a révélé un coefficient global de consistance interne d'anxiété de 0,83. De plus une corrélation convergente de 0,85 a été obtenue avec le State-Trait Anxiety Scale of Children (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Les indices de cohérence interne du RCMAS varient de 0,78 à 0,86 selon le groupe d'âge et l'indice test-retest pour l'ensemble de l'instrument atteint 0,98. La validité convergente de l'instrument a aussi été démontrée (Reynolds, 1980). Dans la présente étude, l'indice de cohérence interne est de 0,84.

Estime de soi

L'estime de soi a été évaluée à l'aide de *l'Échelle d'Estime de Soi* (EES : Vallières & Vallerand, 1990; version canadienne française du RSE, Rosenberg, 1965). Cet instrument estime la perception globale d'une personne quant à sa propre valeur (p. ex., *Je trouve que je suis au moins aussi bon(ne) que les autres*). Il comprend 10 items où chaque énoncé est évalué sur une échelle de type Likert allant de 1 (*tout à fait en désaccord*) à 4 (*tout à fait en accord*). L'étude de validation a été réalisée auprès

de deux échantillons (étudiants de niveau secondaire et universitaire). La stabilité temporelle de l'instrument a été vérifiée lors de quatre études. L'ensemble des résultats permet d'établir les qualités psychométriques de la version canadienne-française du RSE et révèlent un coefficient de consistance interne satisfaisant ($\alpha = 0,89, 0,90, 0,83$ et $0,88$). De plus, la corrélation test-retest ($r = 0,84$) est satisfaisante et correspond à la version anglaise du test. Dans la présente étude, le coefficient de consistance interne est de $0,86$.

Plan de l'expérience

La recherche est une étude transversale de type descriptive corrélationnel. Cette étude met en lien les comportements interpersonnels (soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale) des parents et des enseignants à l'égard des adolescents et trois indices de santé mentale chez ces derniers (dépression, anxiété et estime de soi). Les calculs de puissance réalisés à partir du logiciel GPOWER (Erdfelder, Faul, & Buchner, 1996) indiquent 102 participants, permettant d'atteindre une puissance de $0,80$ à un seuil de signification de 5% (approche unilatérale) pour déceler un effet modéré pour les tests statistiques effectués. Au total, 136 étudiants ont participé à l'étude. Les facteurs contrôlés sont l'âge des répondants (14 à 18 ans), le territoire géographique (Ville Saguenay, arrondissement La Baie), le type d'établissement (école publique) et la langue parlée par les répondants (français). Toutefois, les événements vécus par les participants avant la passation ayant influencé la

disposition physique et psychologique de ceux-ci ainsi que les données manquantes sont des facteurs qui n'ont pu être contrôlés.

Déroulement

Dans un premier temps, l'autorisation pour mener cette étude a été obtenue par la direction de l'École Polyvalente de la Ville de La Baie (arrondissement Saguenay) (Voir appendice C). Par la suite, les professeurs ont été contactés par le psychologue de l'école afin d'obtenir leur accord et de sélectionner une période de cours permettant de procéder à l'expérimentation. La collecte de données s'est déroulée en janvier 2003 par la responsable du projet. Les questionnaires ont été administrés par groupe-classe sur un mode d'autopassation à l'intérieur des cours réguliers.

Dans un deuxième temps, pour chaque classe visitée, l'expérimentatrice a d'abord expliqué brièvement le contexte de l'étude, soit : « Une recherche universitaire visant à mieux connaître le vécu des adolescents au Saguenay-Lac-St-Jean et à comprendre la relation entre les comportements de leurs parents et enseignants en lien avec certaines difficultés émotionnelles que les jeunes peuvent vivre ». Par la suite, la responsable de la recherche a distribué les questionnaires à chacun des participants en leur demandant d'attendre les consignes avant de commencer à y répondre. Afin d'assurer une meilleure compréhension de la recherche, la responsable a lu à voix haute le formulaire de consentement de même que les consignes s'y rattachant. Suite à cela,

les participants ont été informés de la nature confidentielle de l'étude et de la participation volontaire. Les participants disposaient d'une période de cours régulier, soit de cinquante minutes pour répondre au questionnaire. Cette période de temps s'est avérée suffisante. Une fois la passation terminée, les questionnaires ainsi que les formulaires de consentement ont été ramassés puis placés séparément dans deux enveloppes. Finalement, l'expérimentatrice a invité les participants à demander de l'aide dans le cas où ils éprouveraient une réaction indésirable suite à la passation du questionnaire. À cet effet, les participants ont été invités à détacher et à conserver la liste des services disponibles. Tous les renseignements recueillis au cours de cette recherche sont gardés confidentiels. Les formulaires de consentement de même que les questionnaires sont actuellement conservés sous clé dans un laboratoire de psychologie au Département des sciences de l'éducation et de psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Résultats

l'affiliation sociale, par les parents et les enseignants (H2). Des coefficients de Pearson ont également été retenus afin de vérifier l'hypothèse qui stipule une association positive entre l'estime de soi et le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale par les parents et les enseignants (H3). Des analyses corrélationnelles qui ont pour but de tester la différence entre deux corrélations non indépendantes, ont ensuite été effectuées pour comparer les différences obtenues dans la relation entre les comportements interpersonnels et les indices de santé mentale en fonction de la source interpersonnelle de soutien (parents versus enseignants) (Q1). Enfin, des analyses de régression d'inclusion et d'exclusion pas à pas (régression Stepwise) ont été conduites dans le but de déterminer les prédicteurs significatifs de la relation entre les comportements interpersonnels et les indices de santé mentale se rapportant à la deuxième question de recherche (Q2). La différence entre les deux corrélations non indépendantes et les régressions d'inclusion et d'exclusion pas à pas, sont d'abord décrites théoriquement, suivies de la présentation des résultats.

Analyses préliminaires

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants. Les filles et les garçons représentent respectivement 50 % de l'échantillon. L'âge moyen des répondants est de 15,67 ans ($ET = 1,22$). Plus du deux tiers d'entre eux (70,37 %) sont âgés de 14 à 16 ans, 25,19 % des jeunes sont âgés de 17 ans et 4,44 % ont 18 ans.

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants

Caractéristiques des participants	Résultats	
	<i>n</i>	%
Genre		
Féminin	68	50,00
Masculin	68	50,00
Âge		
14	32	23,70
15	27	20,00
16	36	26,67
17	34	25,19
18	6	4,44
Niveau scolaire		
Secondaire III	49	36,03
Secondaire IV	30	22,06
Secondaire V	57	41,91
Statut marital des parents		
Mariés	91	66,91
En union de fait	6	4,41
Séparés/Divorcés	32	23,53
Veuf(ve)	6	4,41
Célibataire	1	0,74
Demeure avec		
Deux parents	96	70,59
Monoparental / mère	7	5,15
Monoparental / père	8	5,88
Recomposé mère	12	8,82
Recomposé père	8	5,88
Autre (pension, grands-parents)	5	3,68

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 136 individus dans tous les cas.

Caractéristiques sociodémographiques des participants (suite)

Caractéristiques des participants	Résultats	
	n	%
Nombre d'enfants dans la famille		
Un	14	10,37
Deux	70	51,85
Trois	39	28,89
Quatre ou plus	12	8,89
Moyenne académique générale		
80 % et plus	52	38,52
70 % à 80 %	59	43,70
70 % et moins	24	17,78
Revenu familial (père et mère réunis)		
10 000 \$ à 29 999 \$	17	14,17
30 000 \$ à 49 999 \$	31	25,83
50 000 \$ et plus	72	60,00

Caractéristiques des parents	Mère		Père	
	n	%	n	%
Secteur d'emploi				
Gestion, services administratifs	12	11,54	20	16,00
Affaires et finance	22	21,15	5	4,00
Sciences naturelles et appliquées	1	0,96	0	0,00
Santé	20	19,23	3	2,40
Sciences sociales, enseignement	10	9,62	5	4,00
Arts, culture, sports et loisirs	6	5,77	4	3,20
Vente et services	28	26,92	7	5,60
Métiers, transports, machinerie	1	0,96	47	37,60
Professions du secteur primaire	3	2,88	11	8,80
Transformation, fabrication	1	0,96	23	18,40

Note. En raison des données manquantes, la somme des participants ne totalise pas 136 individus dans tous les cas.

Le pourcentage de participants en secondaire III est de 36,03 %, 22,06 % sont en secondaire IV et 41,91 % sont en secondaire V.

Les parents des adolescents sont mariés dans 66,91 % des cas, 4,41 % vivent en union de fait et près du quart, soit 23,53 % sont séparés ou divorcés. Sept jeunes sur dix (70,59 %) vivent avec leurs deux parents, 14,70 % vivent dans une famille recomposée et 11,03 % dans une famille monoparentale. Le nombre moyen d'enfants par famille est de 2,41 ($ET = 0,92$). Également, 10,37 % des adolescents sont enfants uniques. Quant à la moyenne académique générale, moins de la moitié des étudiants de l'échantillon (43,70 %) se situent entre 70 % et 80 %. Plus du tiers des étudiants ont une moyenne académique de 80 % et plus (38,52 %) et 17,78 % ont 70 % et moins. La très grande majorité des pères (91,91 %) occupent un emploi comparativement à 76,47 % des mères. Ce dernier résultat ne peut cependant être généralisé à l'ensemble de l'échantillon en raison du nombre élevé de données manquantes. Finalement, le revenu annuel familial (mère et père réunis) se situe au-dessus de 29 999 \$ pour 85,83 % de la totalité de l'échantillon.

Matrice de corrélations et moyennes

À titre descriptif, l'Appendice F présente la matrice de corrélations entre les variables. Les indices observés reflètent un lien modéré à élevé entre les dimensions des comportements interpersonnels (indices variant de 0,33 à 0,75). Ils suggèrent également

un niveau de colinéarité modéré entre les variables reflétant les comportements interpersonnels et la dépression (indices variant de -0,21 à -0,38), de même qu'un niveau de colinéarité faible entre ce premier groupe de variables et l'anxiété (indices variant de -0,08 à -0,19). Par ailleurs, on observe des niveaux de colinéarité faibles à modérés entre le premier groupe de variables et l'estime de soi (indices variant de 0,06 à 0,34). Enfin, toutes les variables mesurant la santé mentale sont en lien avec une ou plusieurs dimensions des comportements interpersonnels. L'appendice F présente également les moyennes pour chacune des variables à l'étude.

Tableau 2
Corrélations entre les variables (n = 136)

	Dépression	Anxiété	Estime de soi
AUT-P	-0,22*	-0,08	0,16
COMP-P	-0,36***	-0,12	0,34***
AFF-P	-0,29***	-0,10	0,22**
AUT-E	-0,21*	-0,11	0,06
COMP-E	-0,38***	-0,12	0,31***
AFF-E	-0,38***	-0,19*	0,26**

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

Note. Les acronymes représentent les dimensions des comportements interpersonnels :

AUT-P = Soutien à l'autonomie – perception des parents; COMP-P = Soutien à la compétence – perception des parents; AFF-P = Soutien à l'affiliation sociale – perception des parents; AUT-E = Soutien à l'autonomie – perception des enseignants; COMP-E = Soutien à la compétence – perception des enseignants; AFF-E = Soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants.

respectifs de $r = -0,36$, $r = -0,38$ et de $r = -0,29$, $r = -0,38$. De plus, les résultats obtenus aux échelles soutien à l'autonomie - perception des parents et des enseignants s'avèrent aussi significatifs ($p < 0,05$) avec des corrélations négatives respectives de $r = -0,22$ et de $r = -0,21$. Ainsi, tel que postulé à la première hypothèse (H1), plus les adolescents perçoivent que leurs parents et leurs enseignants soutiennent leur besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale, moins ils présentent de dépression.

Relation entre comportements interpersonnels et anxiété

L'hypothèse 2 prévoyait que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale par les parents et les enseignants serait négativement associé à l'anxiété. Cette hypothèse a été mise à l'épreuve au moyen d'une corrélation de Pearson. Les résultats présentés au Tableau 2, démontrent une relation négative significative ($p < 0,05$) entre le soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants et l'anxiété, obtenant un coefficient de $r = -0,19$. Cependant, la relation entre le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale – perception des parents et le soutien à l'autonomie et à la compétence – perception des enseignants et l'anxiété, n'est pas significative ($p > 0,05$). Ainsi, contrairement à ce qui avait été prévu, la seule association négative significative observée se situe au niveau de la relation entre le soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants et l'anxiété. Ce résultat permet donc de ne supporter que partiellement la deuxième hypothèse de recherche.

Relation entre comportements interpersonnels et estime de soi

Enfin, l'hypothèse 3 prévoyait une association positive entre le soutien à l'autonomie, à la compétence, à l'affiliation sociale et l'estime de soi chez les adolescents. Le lien entre les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale et l'estime de soi tel que mesuré par l'*Échelle d'estime de soi* de Vallières et Vallerand (1990) n'a pu être confirmé pour l'échelle soutien à l'autonomie - perception des parents ($p > 0,05$) et soutien à l'autonomie - perception des enseignants ($p > 0,10$). Par contre, les adolescents obtiennent des corrélations positives hautement significatives aux échelles soutien à la compétence – perception des parents et perception des enseignants ($p < 0,001$) ainsi qu'au soutien à l'affiliation sociale – perception des parents et perception des enseignants ($p < 0,01$) avec des coefficients de corrélations respectifs de 0,34, 0,31, 0,22 et 0,26. Ces résultats viennent supporter partiellement la troisième hypothèse (H3) voulant que l'estime de soi, soit positivement associée aux deux sources interpersonnelles du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale chez les adolescents. Ainsi, plus la perception du soutien à la compétence et à l'affiliation sociale est élevée, plus les adolescents présentent une bonne estime de soi. Cependant, seul le soutien à l'autonomie en provenance des parents et des enseignants n'obtient aucune relation significative avec l'estime de soi.

Différence entre les comportements interpersonnels et des indices de santé mentale en fonction de la source interpersonnelle de soutien

Un modèle corrélationnel a été développé afin de tester la différence entre les comportements interpersonnels et des indices de santé mentale en fonction de la source interpersonnelle de soutien en lien avec la première question de recherche. La présentation des résultats est précédée d'une brève description théorique de la procédure d'analyse utilisée.

Différence entre deux corrélations non indépendantes

Ce test de corrélations est utilisé lorsque l'on souhaite tester la différence entre deux corrélations qui ne sont pas indépendantes entre elles. Un tel cas se présente lorsque les analyses sont basées sur un même échantillon. On doit alors tenir compte de ce manque d'indépendance au niveau du test de corrélations utilisé (Glass & Hopkins, 1996; Howell, 1998).

Résultats des analyses portant sur la différence entre deux corrélations non indépendantes

Dans un premier temps, des tests de corrélation de Pearson ont été effectués afin d'évaluer s'il existe une relation entre les sous-échelles de l'*Échelle des comportements interpersonnels* et les indices de santé mentale (H1, H2 et H3). À titre exploratoire, une

Tableau 3

Comparaison des coefficients pour les trois Échelles des comportements interpersonnels en fonction de la source interpersonnelle de soutien

Variable	AUT		COMP		AFF	
	P	E	P	E	P	E
Dépression	-0,22	-0,21	-0,36	-0,38	-0,29	-0,38
Anxiété	-0,08	-0,11	-0,12	-0,12	-0,10	-0,19
Estime de soi	0,16	0,06	0,34	0,31	0,22	0,26

Note. Aucune différence entre les corrélations ne sont significatives ($p > 0,05$).

Note. Les acronymes représentent les dimensions des comportements interpersonnels :

AUT-P = Soutien à l'autonomie – perception des parents; COMP- P = Soutien à la compétence – perception des parents; AFF-P = Soutien à l'affiliation sociale - perception des parents; AUT-E = Soutien à l'autonomie – perception des enseignants; COMP-E = Soutien à la compétence – perception des enseignants; AFF-E = Soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants.

*Prédicteurs de la relation entre les comportements interpersonnels et
des indices de santé mentale*

Finalement, des régressions d'inclusion et d'exclusion pas à pas (régression Stepwise) furent réalisées afin de déterminer quelle dimension des comportements interpersonnels est la plus importante pour prédire dans un premier temps la dépression, suivi de l'anxiété et finalement pour l'estime de soi chez les adolescents (Q2). La régression Stepwise de la présente recherche a été réalisée à l'aide du logiciel SAS par biais de procédure REG (SAS Institute, 1989).

Régression d'inclusion et d'exclusion pas à pas

Cette procédure de régression est nommée pas à pas parce qu'elle s'effectue suivant des étapes successives logiques. Tout d'abord, des analyses corrélationnelles ont été effectuées afin d'évaluer la relation entre les variables critères dépression, anxiété et estime de soi et les variables prédictives des comportements interpersonnels des parents et des enseignants, à savoir le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale. Par la suite, une équation de régression a été construite à partir des variables prédictives.

La régression pas à pas est un procédé, dont l'ordre de l'entrée des variables est basé seulement sur des critères statistiques. Des décisions quant à l'identification des variables devant être incluses ou non dans l'équation, sont donc basées sur les

Tableau 4

Régression Stepwise des variables prédictives sur la
dépression chez les adolescents (n = 136)

Étape	Variables	β	$SE\ \beta$	R^2	t	p
1.	AFF-E	-0,06	0,02	0,1470	-3,34	0,00
2.	COMP-P	-0,06	0,02	0,0510	-2,93	0,01
	CONSTANTE		0,10		19,12	<0,0001

Note. Les acronymes représentent les dimensions des comportements interpersonnels :

AFF-E = Soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants; COMP-P = Soutien à la compétence - perception des parents.

$R^2 = 19,81\%$, $F(2, 135) = 16,67$, $p < 0,0001$

Tableau 5

Régression Stepwise des variables prédictives sur
l'anxiété chez les adolescents (n = 136)

Étape	Variabes	β	$SE\ B$	R^2	t	p
1.	AFF-E	-0,03	0,01	0,0361	-2,25	0,03
	CONSTANTE		0,06		24,95	<0,0001

Note. Les acronymes représentent les dimensions des comportements interpersonnels :

AFF-E = Soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants.

$R^2 = 3,61\%$, $F(1, 135) = 5,06$, $p < 0,05$

Tableau 6
Régression Stepwise des variables prédictives sur
l'estime de soi chez les adolescents (n = 136)

Étape	Variables	β	$SE\ B$	R^2	t	p
1.	COMP-P	- 0,13	0,05	0,1171	3,00	0,00
2.	COMP-E	0,22	0,07	0,0262	3,04	0,01
3.	AUT-E	0,16	0,05	0,0369	-2,44	0,02
	CONSTANTE		0,29		6,11	<0,0001

Note. Les acronymes représentent les dimensions des comportements interpersonnels :

COMP-P = Soutien à la compétence - perception des parents; COMP-E = Soutien à la compétence - perception des enseignants; AUT-E = Soutien à l'autonomie - perception des enseignants.

$R^2 = 18,03\ \%, F(3, 132) = 9,68, p < 0,0001$

régression standardisé (*Bêta*), le coefficient de détermination multiple (R^2), le test statistique associé à chaque coefficient (*t*) et le seuil de signification (*p*), sont présentés.

Au Tableau 4, les résultats de l'analyse de régression pas à pas démontrent que le soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants ($\beta = -0,06$) et le soutien à la compétence - perception des parents ($\beta = -0,06$) sont des prédicteurs significatifs de la dépression et qu'ils expliquent ensemble 19,81 % de la variance de la dépression ($F(1, 135) = 19,12, p < 0,0001$). Plus précisément, il ressort que la variable affiliation sociale – perception des enseignants explique à elle seule 14,70 % de la variance pour prédire la dépression ($F(1, 136) = 23,45, p < 0,001$, $Bêta = -0,28$, $SE = 0,14$). Une fois le soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants pris en compte, le soutien à la compétence – perception des parents explique un faible 5,10 % de la variance ($F(1, 135) = 11,49, p < 0,01$, $Bêta = -0,25$, $SE = 0,07$). Ces résultats indiquent donc que la probabilité de ne pas présenter de symptômes dépressifs augmente en fonction du soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants et du soutien à la compétence - perception des parents.

Au Tableau 5, portant sur l'examen de la variable anxiété comme variable dépendante, les résultats démontrent que la variable soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants explique un faible 3,61 % de la variance de l'anxiété ($F(1, 135) = 5,06, p < 0,05$, $Bêta = -0,38$, $SE = 0,01$).

Dans un troisième temps, au Tableau 6, les deux sources interpersonnelles du soutien à la compétence et la variable soutien à l'autonomie – perception des enseignants se sont révélées être des prédicteurs significatifs de l'estime de soi, expliquant 18,03 % de la variance de l'estime de soi ($F(1, 132) = 0,29, p < 0,0001$). Plus précisément, le soutien à la compétence – perception des parents explique 11,71 % de la variance de l'estime de soi ($F(1, 134) = 17,77, p < 0,0001, \text{Bêta} = 0,27, \text{SE} = 0,05$). Une fois cette variable prise en compte, c'est le soutien à la compétence – perception des enseignants qui arrive au deuxième rang, expliquant 2,62 % de la variance ($F(1, 133) = 11,13, p < 0,01, \text{Bêta} = 0,33, \text{SE} = 0,07$). La variable soutien à l'autonomie – perception des enseignants vient en dernier lieu avec un pouvoir explicatif de 3,69 % de la variance, en tenant compte des deux variables précédentes ($F(1, 132) = 9,68, p < 0,05, \text{Bêta} = -0,25, \text{SE} = 0,05$).

En résumé, les résultats des analyses effectuées pour répondre à la deuxième question exploratoire (Q2) visant à examiner le rôle prédictif des comportements interpersonnels sur la dépression, l'anxiété et l'estime de soi, montrent que la perception du soutien au besoin d'affiliation sociale par les enseignants et la perception du soutien au besoin de compétence par les parents, se sont avérés être des prédicteurs significatifs de la dépression. De plus, la perception du soutien au besoin d'affiliation sociale par les enseignants s'avère être le seul prédicteur de l'anxiété. Finalement, la perception du soutien au besoin de compétence par les deux sources interpersonnelles et la perception du soutien au besoin d'autonomie par les enseignants sont également des prédicteurs significatifs de l'estime de soi chez les adolescents.

Discussion

Cette dernière section présente une analyse des résultats de la recherche et se divise en cinq parties. Dans un premier temps, un bref rappel des objectifs et des résultats de la recherche est présenté. Par la suite, les résultats obtenus concernant les hypothèses et les questions de recherche sont analysés. Quant à la troisième partie, elle porte sur les implications théoriques et pratiques en lien avec les résultats. Enfin, la quatrième partie, présente les forces et les limites inhérentes à l'étude. Finalement, des pistes de recherches futures sont proposées.

Rappel des objectifs de la recherche

Cette étude avait comme objectif principal d'étudier la relation entre trois dimensions associées aux comportements interpersonnels des parents et des enseignants à l'égard des adolescents et trois indices de santé mentale. De façon spécifique, la présente étude visait à évaluer la relation entre les perceptions du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale par les parents et les enseignants telle que proposées par la théorie de l'autodétermination (TAD) de Ryan et Deci (2000, 2001; Deci & Ryan, 1985, 1991) et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi dans une population non clinique d'adolescents. Également, deux questions exploratoires ont été proposées. La première question visait à savoir s'il existe une différence entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants dans la relation avec la dépression, l'anxiété et l'estime de soi. La seconde question portait sur l'identification

des trois dimensions des comportements interpersonnels comme prédicteur de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi chez les adolescents.

Les analyses de corrélation effectuées relativement aux trois hypothèses de recherche ont révélé que premièrement la dépression est associée négativement aux trois dimensions des comportements interpersonnels. Autrement dit, plus les adolescents perçoivent que leurs parents et leurs enseignants soutiennent leurs besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale, moins ils rapportent vivre de la dépression (H1). Deuxièmement, à l'exception du soutien à l'affiliation sociale par les enseignants pour lequel on observe une relation significative négative avec l'anxiété, aucune autre corrélation n'a pu être observée entre les comportements interpersonnels des parents et l'anxiété. De façon plus précise, les résultats indiquent qu'un faible soutien à l'affiliation sociale par les enseignants est associé à un niveau élevé d'anxiété (H2). Finalement, la dernière hypothèse de recherche stipulant une corrélation positive entre l'estime de soi et les comportements interpersonnels, est appuyée pour ce qui est du soutien aux besoins de compétence et d'affiliation sociale de la part des parents et des enseignants. Ainsi, plus l'adolescent perçoit que ses parents et ses enseignants soutiennent son besoin de compétence et son besoin d'affiliation sociale, plus il est susceptible de présenter une bonne estime de soi (H3).

À titre exploratoire, les tests de différence entre deux moyennes non indépendantes, démontrent aucune différence entre les comportements interpersonnels

des parents et des enseignants et la dépression et l'anxiété et l'estime de soi (Q1). Les analyses de régressions d'inclusion et d'exclusion pas à pas, révèlent que des trois dimensions des comportements interpersonnels, le soutien au besoin d'affiliation sociale en provenance des enseignants est le plus important prédicteur de la dépression, suivi du soutien au besoin de compétence de la part des parents. D'autre part, l'affiliation sociale en provenance des enseignants s'avère aussi la dimension la plus importante dans la prédiction de l'anxiété et finalement, le soutien au besoin de compétence de la part des parents est le prédicteur le plus important de l'estime de soi, suivi du soutien aux besoins de compétence et d'autonomie de la part des enseignants qui apportent une contribution significative à l'estime de soi (Q2). Pour ce qui est des autres besoins, les analyses démontrent qu'ils ne contribuent pas de façon significative à la prédiction des variables liées à la santé mentale.

Analyses des résultats relatifs aux hypothèses de recherche et aux questions exploratoires

Rappelons que le premier objectif de cette recherche consistait à examiner la relation entre les comportements interpersonnels en provenance des parents et des enseignants qui soutiennent les besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale chez les adolescents en tenant compte de trois indices de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété et l'estime de soi. La notion de santé mentale s'inspire ici de deux écoles de pensées (Labelle, Bastin, Dubé, Alain, Bouffard, & Lapierre, 2001).

D'abord, celle de la psychopathologie centrée sur les aspects affectifs négatifs (anxiété et dépression) et celle de la qualité de vie associée aux dimensions cognitives positives (estime de soi). Les deux approches se regroupent sous un facteur commun identifié sous le terme de santé mentale.

Relation entre comportements interpersonnels et dépression

De façon générale, la première hypothèse selon laquelle les comportements interpersonnels sont associés à la dépression est confirmée, et ce, pour toutes les dimensions des comportements interpersonnels. Plus précisément, on observe une corrélation négative entre la dépression et la satisfaction du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale par les parents et les enseignants. Cette corrélation suggère que la perception du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale par les parents et les enseignants est corrélée de façon significative à un plus faible niveau de dépression dans l'échantillon actuel.

Les résultats de la présente étude confortent ceux obtenus par Bruno (2001) dans une étude conduite auprès d'une population non clinique d'étudiants de 6^e année de niveau primaire. En effet, l'étude de Bruno démontre les effets d'une intervention d'autodétermination sur le modèle explicatif et les dispositifs dépressifs des jeunes. À l'instar de la recherche actuelle, l'étude de Bruno (2001) a mesuré la présence de dépression à l'aide du CDI, utilisé en version française dans la présente recherche. Les

résultats post hoc montrent que les enfants à risque ont bénéficié des interventions d'autodétermination en diminuant leurs symptômes dépressifs comparativement à provenant ceux du groupe contrôle.

Les données actuelles concordent aussi avec celles d'études antérieures conduites cette fois auprès de populations adultes. En effet, ces études ont démontré que lorsqu'un milieu social entrave la satisfaction des besoins psychologiques, il se produit une diminution du niveau de bien-être ressenti par l'individu (Deci & Ryan, 1985, 1991; La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000; Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000; Ryan & Deci, 2000). En ce sens, la TAD soutient que lorsque les besoins psychologiques fondamentaux sont satisfaits, l'organisme connaît la vitalité (Ryan & Frederick, 1997), la congruence interne (Sheldon & Elliot, 1999) et l'intégration psychologique (Deci & Ryan, 1991). En conséquence, la TAD prévoit un lien direct entre les fluctuations dans la satisfaction des besoins et les fluctuations au niveau du bien-être. Aucune étude recensée jusqu'à maintenant n'a cependant examiné simultanément la relation entre les comportements interpersonnels de la part des parents et des enseignants et la dépression auprès d'une population adolescente. En outre, les résultats actuels en lien avec la dépression chez les adolescents, apportent une précision au corps croissant de recherches soutenant l'importance des comportements interpersonnels comme agent causal important du bien-être psychologique et par conséquent de la santé mentale chez des adolescents de 14 à 18 ans de milieu scolaire.

Relation entre comportements interpersonnels - perception des parents et dépression

Soutien à l'autonomie et dépression. Tel que prévu, les résultats de la présente recherche montrent une corrélation négative entre la dépression à l'adolescence et le soutien à l'autonomie par les parents. Les présents résultats concordent avec l'étude de Chirkov et Ryan (2001) menée auprès d'adolescents russes et américains n'ayant porté toutefois que sur la dimension du soutien à l'autonomie. Ces données révèlent que la perception des parents et des enseignants quant au soutien à l'autonomie est plus fortement corrélée de façon négative à la dépression dans l'échantillon d'adolescents russes qu'américains. Cependant, les deux populations obtiennent une corrélation significative avec la dépression.

Les présents résultats s'apparentent à ceux obtenus dans les études en lien avec l'autonomie et la dépression où l'autonomie est mesurée en terme de détachement et de perte de soutien des parents (Giguère, 2000; Lamborn & Steinberg, 1993), plutôt que le soutien à l'autonomie véritable mesuré par l'appui des parents (Ryan & Lynch, 1989) tel que postulé par la TAD. Également, les résultats actuels rejoignent ceux des écrits associant l'autonomie émotionnelle à la bonne santé mentale chez les adolescents. En effet, les résultats obtenus sont en lien avec ceux de recherches qui ont rapporté que l'autonomie émotionnelle (caractérisée par l'absence de contrôle et de comportement psychologique intrusif) prédit la dépression, le comportement antisocial et la réussite scolaire (Barber & Olsen, 1997; Conger, Conger, & Scaramella, 1997; Eccles, Early,

Frasier, Belansky, & McCarthy, 1997; Garber, Robinson, & Valentiner, 1997; Herman, Dornbusch, Herron, & Herting, 1997).

Dans le même ordre d'idée, Noom, Deković et Meeus (1999) suggèrent que toutes les formes d'autonomie fonctionnelle sont reliées négativement à l'humeur dépressive. Enfin, McFarlane, Bellissimo et Norman (1995) constatent qu'une inhibition de l'autonomie est associée à la dépression chez les adolescents. Les résultats de notre étude rejoignent également ceux obtenus par Kasser et Ryan (1999) menés auprès d'une population gériatrique dans un contexte clinique. Ceux-ci suggèrent que la perception du soutien à l'autonomie par la famille et le personnel soignant est associée à un faible taux de dépression et à un niveau plus élevé de vitalité et de satisfaction envers la vie.

Toutefois, les présents résultats ne concordent pas avec ceux obtenus par Pavlidis et McCauley (2001) qui ne montrent aucune différence entre le soutien à l'autonomie par les mères d'adolescents de population non-clinique, comparativement à celui des mères d'adolescents dépressifs. En effet, cette étude révèle que les mères ayant un enfant dépressif démontrent un niveau normal de soutien à l'autonomie. La différence entre les résultats de cette dernière recherche et ceux de l'étude actuelle pourrait s'expliquer, du moins en partie, par le fait que l'étude de Pavlidis et McCauley (2001) porte sur des mesures réalisées par des évaluateurs externes permettant d'évaluer les interactions familiales visant à supporter l'autonomie des adolescents. De plus, contrairement à la présente étude, les participants étaient âgés

entre 10 et 17 ans dans la recherche de Pavlidis et McCauley comparativement aux participants de l'échantillon actuel âgés entre 14 et 18 ans.

Bref, les résultats actuels relativement au soutien à l'autonomie par les parents viennent appuyer ceux observés dans les études antérieures réalisées auprès de populations d'étudiants de niveau primaire et secondaire ainsi qu'auprès d'adultes vieillissants qui révèlent que l'autonomie est associée négativement à la dépression. Par contre, les présents résultats ne concordent pas avec ceux obtenus dans une étude réalisée auprès d'une population clinique d'adolescents qui révèle un niveau normal de soutien à l'autonomie chez les mères d'adolescents dépressifs.

Soutien à la compétence et dépression. Jusqu'à maintenant, aucune étude n'a examiné la dépression à l'adolescence en fonction de la perception du soutien à la compétence par les parents tel qu'étudié dans le cadre du présent mémoire. Toutefois, la relation négative significative observée entre la dépression et la perception du soutien à la compétence par les parents s'apparente à celle obtenue par Marcotte, Marcotte et Bouffard (2002) où la mesure du soutien familial évalue la perception des adolescents quant aux besoins de soutien, de rétroactions (feedbacks) et d'informations par la famille. Cette étude révèle que les adolescents présentant un taux plus élevé de symptômes dépressifs perçoivent un plus bas niveau de soutien provenant de la famille comparativement à leurs pairs provenant d'un groupe contrôle. Rappelons que l'étude actuelle évalue la dimension du soutien à la compétence qui mesure la perception de

l'adolescent de l'utilisation de rétroactions positives, de provisions d'informations et de conseils bienveillants en provenance de ses parents.

Quelques études font également état d'une relation négative entre la perception de compétence au plan social et scolaire et la dépression (Chan, 1997; Cole, 1991; Cole, Martin, Peeke, Seroczynski, & Hoffman, 1998; Smári, Pétursdóttir, & Þorsteinsdóttir, 2001), mais aucune ne semble avoir clairement défini le rôle du besoin de compétence, tel que présenté dans la présente recherche. Puisque la TAD postule que le besoin de compétence est un besoin fondamental qui réfère au sentiment d'être efficace dans la maîtrise de ses comportements (Deci & Ryan, 1985) et renvoie à la perception de l'individu de ses habiletés et ses capacités à atteindre les objectifs convoités, la perception de compétence aura comme effet de stimuler la curiosité, le goût d'explorer et de relever des défis (La Guardia & Ryan, 2000). Bref, les résultats obtenus relativement au soutien au besoin de compétence par les parents s'apparentent à ceux observés par Marcotte, Marcotte et Bouffard (2002) auprès d'une population d'adolescents qui indiquent la présence d'une relation entre la dépression et la compétence. D'autres études ont montré un lien entre la perception de compétence (sociale et scolaire) et la dépression, mais aucune n'a examiné le soutien à la compétence et la dépression chez les adolescents tel que défini dans le cadre théorique actuel.

Soutien à l'affiliation sociale et dépression. Les résultats de la présente étude démontrent une association négative entre la dépression et le soutien à l'affiliation sociale de la part des parents. Les résultats actuels rejoignent ceux de nombreuses études ayant examiné des variables de nature interpersonnelle en relation avec la dépression. D'abord, en ce qui a trait au lien entre l'engagement parental et la dépression, l'étude de Giguère (2000) démontre que l'engagement parental est un important prédicteur de la dépression chez les adolescents. Dans cette étude, l'engagement parental est défini en termes de chaleur humaine, de manifestations de sensibilité et d'affection par les parents. Cette dernière étude permet d'appuyer que l'engagement parental représente une dimension importante face à la prévention de la dépression chez les adolescents.

Les résultats de la présente étude s'apparentent également à ceux relatifs à la théorie de l'attachement. Pour la majorité de ces études (Armsden, McCauley, Greenberg, Burke, & Mitchell, 1990; Avison & McAlpine, 1992; Barrera & Garrison-Jones, 1992), la dépression est inversement liée au niveau d'attachement et de soutien par l'environnement familial chez les adolescents. Aussi, les résultats obtenus concordent avec ceux de Silverman (2004) qui montrent que l'attachement évitant prédit un manque de soutien social et la présence d'un nombre élevé de symptômes dépressifs chez les adolescents. De plus, d'autres auteurs font état d'une corrélation négative entre l'attachement et le soutien en lien avec la dépression à l'adolescence (Hops, Lewinsohn, Andrews, & Roberts, 1990; Kandel & Davies, 1982; McFarlane, Bellissimo, Norman, & Lange, 1994).

Par ailleurs, les présents résultats s'apparentent à ceux de recherches relatives à la qualité du soutien offert par la famille. En effet, de nombreuses études soulignent que les adolescents présentant un nombre élevé de symptômes dépressifs rapportent une insatisfaction par rapport au soutien social de leur famille (Donnelly, 1999; Marcotte, Marcotte, & Bouffard, 2002; Vendette & Marcotte, 2000). Dans le même sens, d'autres études montrent que le fait de percevoir ses parents comme étant supportant se révèle être un facteur important dans la protection de la dépression à l'adolescence (Dal Ferro, 2000; Lamborn & Steinberg, 1993). De plus, les résultats obtenus confortent les travaux de Puig-Antich et al. (1993) qui montrent un lien entre la présence de dépression et le climat conflictuel avec les parents.

Bref, les résultats relativement au lien entre le soutien au besoin d'affiliation sociale par les parents et la dépression, confirment ceux observés dans les études portant sur des variables apparentées à l'affiliation sociale auprès d'adolescents (engagement parental, attachement et soutien) et qui révèlent la présence d'une association négative entre la dépression et le soutien des parents ou de la famille.

Relation entre comportements interpersonnels – perception des enseignants et dépression

En ce qui a trait au lien présumé entre la dépression et les comportements interpersonnels des enseignants, les résultats des analyses de corrélation sont concluants. Tel que proposé, ils indiquent que les trois dimensions des comportements

interpersonnels de la part des enseignants, soit le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale, sont associées négativement à la dépression. Plus précisément, il ressort que le soutien aux trois besoins par les enseignants, est associé à une diminution de la dépression chez les adolescents. Ces résultats sont appuyés par Chirkov & Ryan (2001) qui ont rapporté une corrélation négative significative avec la dépression et une relation positive significative entre le soutien à l'autonomie des enseignants et des parents sur la mesure de bien-être (actualisation de soi, estime de soi et satisfaction envers la vie). Dans cette étude, la perception du soutien à l'autonomie des enseignants et des parents a été mesurée auprès de deux cultures distinctes : une culture traditionnelle perçue comme autoritaire et plus contrôlante, la Russie, et une traditionnellement perçue comme plus démocratique, les États-Unis. Cette étude montre que les deux sources de soutien (enseignants et parents) sont respectivement plus fortement associées au bien-être auprès de la population russe suivie de la population américaine. Ces données sont directement en lien avec la TAD qui suggère que les trois besoins fondamentaux soient présents chez tous, et cela, quelles que soient leur culture (Deci, Ryan, Gagne, Leone, Usunov, & Kornasheva, 2001; Ryan, Chirkov, Little, Sheldon, Timoshina, & Deci, 1999).

Quant aux études qui se sont intéressées au besoin de compétence, aucune n'a mis en relation le soutien au besoin de compétence par les enseignants et la dépression tel qu'étudié dans ce présent mémoire. L'étude se rapprochant le plus de la variable étudiée montre une association positive entre les sentiments d'autodétermination et de

compétence, et le soutien de la part des enseignants (Reeve, 2002). En outre, les résultats indiquent que les étudiants se sont sentis plus compétents lorsque leurs enseignants leur ont fourni des occasions pour le travail indépendant, des occasions de discuter et des conseils opportuns. À l'opposé, les étudiants se sont sentis plus incompetents quand les enseignants ont utilisé le matériel didactique, ont donné des réponses et ont résolu des problèmes à la place des étudiants. Reeve (2002) conclut que la motivation de l'étudiant dépend en partie, de la qualité de la relation étudiant-enseignant.

Finalement, en ce qui a trait au besoin d'affiliation sociale, les présents résultats rejoignent ceux de l'étude de Ryan, Stiller et Lynch (1994) conduite auprès d'étudiants de niveau secondaire I et II. Ces auteurs ont rapporté que le sentiment d'affiliation sociale induit chez le jeune par les enseignants et les parents au début de la période de l'adolescence, prédit la motivation et l'adaptation scolaire. De plus, l'étude de Ryan et La Guardia (2000) révèle qu'un climat de classe où l'on néglige les relations interpersonnelles est davantage lié à l'absence de bien-être psychologique. Ces deux études montrent que les perceptions du climat de classe par les étudiants contribuent au sens global positif ou négatif vis-à-vis l'école. Conséquemment, les interventions visant à améliorer le climat scolaire devraient accorder une plus grande importance aux trois dimensions des comportements interpersonnels.

Puisque aucune étude n'a porté sur le lien entre les trois besoins et la dépression dans un contexte relationnel avec les enseignants tel que mesuré dans le présent

mémoire, la relation étant mieux établie avec les parents, les résultats de cette étude mettent en évidence l'importance du soutien interpersonnel offert par les enseignants. D'autant que les enseignants en tant que figures principales adultes gravitant autour de l'adolescent, semblent avoir un impact déterminant sur le bien-être celui-ci. (Ryan, Stiller & Lynch, 1994).

En bref, les résultats actuels relatifs aux deux sources interpersonnelles se rapportant à la première hypothèse de recherche, vont dans le même sens que ceux des chercheurs qui postulent qu'un milieu social qui soutient la satisfaction des besoins psychologiques d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale représente des conditions optimales favorisant le développement harmonieux et la bonne santé mentale de l'individu.

Relation entre comportements interpersonnels et anxiété

Les résultats confortent très partiellement la deuxième hypothèse à l'effet que l'anxiété est négativement corrélée à l'ensemble des comportements interpersonnels. Effectivement, les analyses de corrélation révèlent que seul le soutien au besoin d'affiliation sociale en provenance des enseignants laisse voir une relation négative significative avec l'anxiété. Ces résultats ne sont pas observés pour les trois échelles de l'ÉCI - perception des parents (besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale) et le besoin d'autonomie et de compétence - perception des enseignants.

La relation entre les comportements interpersonnels telle que définie ici et l'anxiété à l'adolescence est peu documentée dans la littérature scientifique. Par conséquent, les études portant sur l'anxiété ayant examiné des variables de nature interpersonnelle font plutôt références à des contextes spécifiques suggérant par exemple, le rapport des employés avec la satisfaction des besoins dans leur milieu de travail. En effet, le résultat actuel conforte ceux obtenus par les récentes études de Baard, Deci et Ryan (2004) qui montrent que les trois besoins fondamentaux prédisent le bien-être des employés. De façon similaire, Deci, Ryan, Gagne, Leone, Usunov et Kornazheva (2001) dans leur étude réalisée auprès de travailleurs manufacturiers en Bulgarie, font ressortir que les trois besoins psychologiques favorisent le bien-être qui se manifeste par l'attitude positive au travail et une estime de soi plus élevée. Dans ces deux dernières études, le bien-être est mesuré à l'aide du General Health Questionnaire (GHQ; Golberg & Hillier, 1979) qui évalue la présence de quatre types de symptômes psychiatriques incluant la dépression, l'anxiété, les symptômes somatiques et les dysfonctions sociales.

Toutefois, les données actuelles ne concordent pas avec l'étude de Black et Deci (2000) réalisée auprès d'étudiants de niveau universitaire. Dans leur étude portant sur l'effet de l'enseignement sur le soutien à l'autonomie et la motivation autonome d'étudiants universitaires, ces derniers ont démontré que le soutien à l'autonomie prédit des niveaux élevés de compétence perçue, d'intérêt/plaisir et de faible niveau d'anxiété. Par ailleurs, les présents résultats ne confortent pas ceux obtenus par Lamborn et

Steinberg (1993) dans leur étude menée auprès d'adolescents. Ces derniers concluent que des résultats élevés sur la mesure d'autonomie émotionnelle, définie en terme d'individuation et sur la mesure de détachement des parents, sont associés à des résultats élevés sur la mesure de détresse interne (anxiété, symptômes dépressifs et somatiques). À la différence de la présente recherche, les études de Black et Deci et de Lamborn et Steinberg ont porté uniquement sur la variable autonomie.

Bref, les résultats actuels relativement à la variable soutien à l'affiliation sociale par les enseignants viennent appuyer ceux obtenus dans les études réalisées auprès de populations adultes, conduites auprès de travailleurs, et qui révèlent une association entre les besoins psychologiques et l'anxiété. Toutefois, les résultats ne concordent pas avec ceux observées dans les recherches ayant associé l'anxiété à l'autonomie auprès de populations étudiantes universitaires et adolescentes. Précisons d'emblée que ces deux dernières études ont porté uniquement sur l'autonomie. Ainsi, seule la variable affiliation sociale en provenance des enseignants est associée négativement à l'anxiété. Certaines explications potentielles méritent d'être introduites ici afin de rendre compte de la relation singulière observée entre le soutien au besoin d'affiliation sociale par les enseignants et l'anxiété chez les adolescents. Des facteurs explicatifs de trois ordres permettent de rendre compte de ce présent résultat, soient ceux tributaires de l'instrument de mesure utilisé, les facteurs relatifs aux mécanismes différentiels impliqués au niveau des deux symptomatologies (dépressive et anxieuse) et enfin, l'influence du contexte social.

En ce qui a trait à la première catégorie de facteurs explicatifs pour rendre compte des résultats observés, ceux-ci renvoient au type d'instrument utilisé pour la mesure de l'anxiété et qui catégorise les répondants en deux groupes, soit anxieux et non-anxieux. Bien que les critères d'évaluation aient été établis de façon rigoureuse par les auteurs (Reynolds & Richmond, 1978), des erreurs de classification sont toujours possibles avec un instrument de type dichotomique (Allaire, 1988). Il est possible, notamment que des individus classés comme anxieux, ne le soient pas en réalité (faux positifs). Il aurait été préférable d'avoir recours à une échelle continue permettant d'établir un niveau ou un degré d'anxiété. Un autre élément explicatif toujours en lien au questionnaire réfère essentiellement au problème de la désirabilité sociale, c'est-à-dire la tendance à fournir les réponses les plus susceptibles de donner une image positive de soi par les adolescents. Enfin, une dernière explication peut être liée au fait que le score global d'anxiété généré ne tient pas compte des manifestations spécifiques caractéristiques de l'anxiété manifestée par les adolescents de notre échantillon.

En ce qui a trait à la deuxième catégorie de facteurs explicatifs, une autre hypothèse susceptible de rendre compte du résultat observé, réside dans le fait que des mécanismes distincts de la dépression pourraient intervenir au niveau de l'anxiété. En effet, un corps important de la littérature en lien avec les phénomènes dépressifs et anxieux, suggère que la dépression soit le résultat d'une perte de l'objet interne alors que l'anxiété consisterait davantage en une réponse d'adaptation à une menace externe. Il est possible de croire que l'anxiété telle que mesurée dans le présent contexte soit davantage

tributaire d'enjeux liés à des facteurs de nature interpersonnelle ce qui va sans le sens du lien actuel entre l'affiliation sociale par les enseignants et l'anxiété.

Finalement, la troisième catégorie de facteurs explicatifs provient de la TAD qui propose que les contextes sociaux influencent les besoins. Par le fait même, des variations dans le niveau de soutien et dans les structures sociales entraînent des changements dans la satisfaction des besoins. Ces changements permettent de prédire les écarts affectant, entre autre, le bien-être, la croissance et l'intégrité entre les membres d'un même groupe. Cette théorie prévoit par exemple que si un besoin entre en conflit avec un autre (p. ex., renoncer à l'autonomie pour conserver son affiliation sociale), cela pourrait engendrer de la tension interne, de la dissociation et d'autres psychopathologies (Ryan, Deci, & Grolnick, 1995).

En somme, d'autres études sont requises afin d'identifier de façon empirique les facteurs impliqués dans le lien singulier observé entre l'anxiété et le soutien à l'affiliation sociale par les enseignants. À cet égard, les éléments explicatifs introduits précédemment apparaissent comme des pistes à privilégier.

Relation entre comportements interpersonnels et estime de soi

La dernière hypothèse (H3) voulant que l'estime de soi soit positivement corrélée avec le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale de la

part des parents et des enseignants, est supportée pour les dimensions du soutien aux besoins de compétence et d'affiliation sociale des deux sources interpersonnelles. Les présents résultats rejoignent ceux étudiés dans le cadre de la TAD par Ryff (1989) dans leur échantillon composé en outre de jeunes étudiants adultes. Cette étude a démontré qu'une estime de soi élevée est associée à plus d'autonomie (autodétermination), de compétence (maîtrise de l'environnement, croissance personnelle) et d'affiliation sociale (relation positive à autrui). Pareillement, Paradise et Kernis (2002) obtiennent des résultats similaires. De plus, plusieurs études ont démontré que la satisfaction des besoins psychologiques serait associée à une augmentation de la satisfaction envers la vie, à une augmentation de l'estime de soi et à une santé mentale globalement positive chez les adultes (Kelly, Steinkamp, & Kelly, 1988; Morgan & Goldston, 1987; Tinsley, 1984; Tinsley & Tinsley, 1986).

Toutefois, les résultats obtenus rejoignent partiellement ceux d'une étude qui observe une relation entre le besoin d'affiliation sociale et l'estime de soi auprès de populations d'enfants. Ainsi, Ryan et La Guardia (2000) démontrent qu'un climat de classe qui favorise l'autonomie et l'affiliation sociale augmente l'estime de soi chez l'enfant. De plus, les données actuelles concordent partiellement avec l'étude de Ryan et Grolnick (1986) qui montrent une relation entre un niveau d'estime de soi élevé et des variables se rapprochant du besoin de compétence et d'affiliation sociale auprès d'élèves de niveau primaire. Cette dernière montre que les élèves qui bénéficient du soutien à l'autonomie et de chaleur humaine par leurs enseignants, se sentent plus compétents et

possèdent une meilleure estime d'eux-mêmes que ceux qui ont une perception négative de leurs enseignants. À la différence de la présente étude, les participants de l'étude de Ryan et La Guardia (2000) et Ryan et Grolnick (1986) étaient des enfants, alors que ceux à l'étude sont des adolescents.

Par ailleurs, les présents résultats ne concordent pas avec ceux obtenus auprès d'adolescents russes et américains qui montrent que la perception du soutien à l'autonomie est corrélée négativement avec la dépression et positivement avec l'actualisation de soi, la satisfaction de vie, une motivation plus autonome ainsi qu'avec l'estime de soi mesurée également à l'aide de l'*Échelle d'estime de soi* de Rosenberg (1965). La différence entre les résultats de cette dernière recherche et ceux de l'étude actuelle peut s'expliquer par les variables mesurées puisque la recherche de Chirkov et Ryan (2001) portait uniquement sur la dimension du soutien à l'autonomie.

Bref, dans la présente étude, le soutien aux besoins de compétence et d'affiliation sociale par les enseignants sont corrélés positivement avec l'estime de soi. Les résultats d'études variées révèlent donc que le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale semble impliqué dans le maintien d'une bonne estime de soi. Toutefois, les résultats ne concordent que partiellement avec ceux observés dans les recherches conduites auprès d'enfants qui ont démontré une relation significative entre le soutien à l'autonomie et le soutien à l'affiliation sociale et l'estime de soi d'une part, et le soutien à l'autonomie, la perception de compétence et la manifestation de chaleur

humaine avec l'estime de soi d'autre part. Par contre, les résultats actuels ne concordent pas avec ceux obtenus dans une recherche ayant associé le soutien à l'autonomie à l'estime de soi auprès d'étudiants russes et américains de niveau secondaire. Des études futures sont requises, afin de comprendre pourquoi il n'y a pas été possible d'identifier une association entre l'estime de soi et le soutien à l'autonomie.

Différence entre comportements interpersonnels des parents et des enseignants

À titre exploratoire, la première question de recherche visait à comparer la relation entre les trois dimensions des comportements interpersonnels et les trois indices de santé mentale en fonction de la source interpersonnelle de soutien. Les résultats obtenus à partir d'analyses corrélationnelles non indépendantes ne permettent pas de conclure à une différence au niveau de la relation entre les perceptions des adolescents à l'égard du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale des parents et celles des enseignants en lien avec les indices de santé mentale. Cette absence de différence au niveau de la relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants et les indices de santé mentale peut d'abord être imputée, dans un premier temps, à la qualité de la relation d'attachement établie avec les parents et les enseignants. La théorie de l'attachement suggère la présence d'un lien significatif entre le soutien offert par l'environnement et l'attachement parent-enfant (Bowlby, 1978). Des recherches ont montré que l'attachement aux parents était associé à des perceptions plus positives du soutien social provenant tant de la famille que des personnes extérieures à

celle-ci (Larose & Boivin, 1997). Outre les parents, les enseignants jouent un rôle important comme figure d'attachement en ce qui a trait à la socialisation et au développement de l'étudiant. En ce sens, les études ont démontré qu'il peut y avoir un degré signifiant de transfert entre les représentations des parents et des enseignants, tels que les étudiants qui se sentent suffisamment structurés (attachement sécurisant) et supportés par leurs parents, peuvent être plus susceptibles d'éprouver de meilleurs rapports avec leurs enseignants (Ryan, Stiller, & Lynch, 1994).

Une seconde explication se rapporte aux représentations des parents et des enseignants suggérant qu'il y ait une certaine généralisation à travers ces rapports adultes. Selon Deci, Eghari, Patrick et Leone (1994), le contexte social composé des parents et des enseignants, peut promouvoir des types autodéterminés de motivation, en reconnaissant les sentiments des étudiants, en utilisant des rétroactions positives et en maximisant la notion de choix, tout en respectant leurs décisions. L'examen des études portant sur les sources de soutien interpersonnel montrent qu'un niveau élevé de soutien de la part des enseignants est relié à une forte réduction de la détresse psychologique chez les adolescents ayant un faible soutien parental (Dubois, Felner, Brand, Adan, & Evans, 1992) Bref, ces travaux suggèrent dans l'ensemble, que les parents tout comme les enseignants, sont susceptibles de promouvoir des types plus autodéterminés de motivation.

En sommes, il ressort que le soutien aux trois besoins définis par la TAD en provenance des parents et des enseignants représente dans les deux cas un déterminant important de la santé mentale des adolescents. Le soutien qui prend racine dans la relation d'attachement avec les parents, permet aux jeunes d'expérimenter des modèles positifs de relations sociales (Hamel, 2001).

Prédicteurs de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi

La deuxième question de recherche (Q2) consistait à identifier les meilleurs prédicteurs de la santé mentale parmi les trois dimensions des comportements interpersonnels tel qu'étudié dans la présente recherche, à savoir le besoin d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale de deux sources interpersonnelles. Une santé psychologique optimale étant le plus souvent associée à une capacité accrue d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale, il est possible que ces variables soient prédictives d'une bonne santé mentale chez les adolescents.

Prédiction des comportements interpersonnels sur la dépression

En ce qui concerne la dépression, le soutien à l'affiliation sociale par les enseignants est le plus important prédicteur, suivi du soutien à la compétence par les parents. Peu de recherches ont étudié la relation entre l'affiliation sociale en provenance des enseignants et la dépression. Les seules études répertoriées en lien

avec les présents résultats, révèlent qu'un contexte scolaire où l'on néglige les relations interpersonnelles est associé à l'absence de bien-être psychologique (Ryan & La Guardia, 2000). De plus, Dubois, Felner, Brand, Adan, et Evans (1992) et de Dubois, Felner, Meares et Krier (1994) ont montré qu'un niveau de soutien élevé offert par les intervenants scolaires est relié à une réduction de la détresse psychologique chez ceux ayant un faible soutien parental.

Toutefois, les données actuelles ne vont pas dans le même sens que les résultats obtenus par Vendette et Marcotte (2000) ayant porté uniquement sur le soutien social offert par la famille (et non pas par les enseignants tel qu'observé). En effet, ceux-ci ont observé que le manque de soutien social par la famille prédit les symptômes dépressifs chez les adolescents. Également, les présents résultats ne correspondent pas à ceux obtenus par d'autres chercheurs ayant identifié des variables familiales en lien avec la dépression. Ces études révèlent que la perception du soutien par la famille demeure le prédicteur le plus fiable de la symptomatologie dépressive chez l'adolescent (Barrera & Garrison-Jones, 1992; Gore, Aseltine, & Colten, 1993; McFarlane, Bellissimo, Norman, & Lange, 1994). Pareillement, bien que n'ayant pas de valeur prédictive, Melby (1993) montre une diminution de l'expérience de la dépression lorsque l'adolescent perçoit que ses parents soutiennent son autonomie. Une explication possible à ces résultats est liée au fait que les études citées précédemment ont porté exclusivement sur le soutien familial ou des parents, alors qu'aucune étude en lien avec la TAD n'a porté sur l'examen de la relation entre le soutien à l'affiliation sociale par les enseignants et la dépression.

Pour ce qui est du soutien à la compétence, les résultats actuels se rapprochent de ceux obtenus avec des enfants d'âge scolaire. En effet, l'étude de Cole (1990) montre que le soutien à la compétence par les parents prédit une plus grande portion de la variance de la dépression chez les enfants. De plus, les études de Hilsman et Garver (1995) et de Robinson, Garber et Hilsman (1995) révèlent que la perception de sa propre compétence est un facteur de prédiction des symptômes dépressifs chez l'enfant et l'adolescent.

Bref, les présents résultats relativement au soutien à l'affiliation sociale par les enseignants rejoignent ceux obtenus dans le contexte scolaire et qui révèlent que les relations à autrui sont associées au bien-être psychologique. Toutefois, ce résultat ne concorde pas avec les études associant le soutien par la famille et les parents à la dépression. Par contre, en ce qui a trait au soutien à la compétence par les parents, les données actuelles sont appuyées par celles obtenues auprès d'étudiants de niveau primaire qui révèlent que le soutien à la compétence par les parents prédit la dépression chez les enfants.

Prédiction des comportements interpersonnels sur l'anxiété

L'analyse des résultats sur la variable anxiété n'a pas permis de confirmer que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale par les parents prédit l'anxiété chez les adolescents. Par ailleurs, en ce qui a trait aux perceptions du soutien par les enseignants, seul le soutien à l'affiliation sociale prédit l'anxiété dans l'échantillon actuel.

À notre connaissance et tel que déjà évoqué, peu de recherches se sont intéressé à la relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants et l'anxiété au sein d'une population d'adolescent normal. La relation est beaucoup mieux établie avec la dépression. Toutefois, les résultats obtenus sont cohérents avec ceux de Ilardi, Leone, Kasser et Ryan (1993) et Baard, Deci et Ryan (2004) qui observent un lien entre l'anxiété et les rapports des employés avec la satisfaction du sentiment d'affiliation sociale dans leur lieu de travail. Rappelons toutefois que ces études ont été menées auprès d'échantillons adultes et n'ont pas de valeur prédictive. Tel que mentionné, seules d'autres études permettront de préciser la nature particulière de cette relation.

Prédiction des comportements interpersonnels sur l'estime de soi

Les analyses de régression démontrent que la perception du soutien au besoin de compétence en provenance des parents constitue un prédicteur important de l'estime de soi chez les adolescents, tandis que la perception du soutien aux besoins de compétence et d'autonomie par les enseignants joue un rôle moins marqué. Les présents résultats se rapprochent de ceux obtenus par Sheldon, Ryan et Reis (1996) auprès d'étudiants universitaires. Cette étude montre que les expériences quotidiennes de compétence et d'autonomie prédisent les fluctuations du bien-être telles que l'humeur, la vitalité, les symptômes physiques et l'estime de soi. Toutefois, ces derniers n'ont étudié que deux dimensions des comportements interpersonnels, l'autonomie et la compétence. Dans le même ordre d'idées, Reinboth, Duba et Ntoumanie (2004) ont démontré chez des

athlètes adolescents que la satisfaction du besoin de compétence est le plus important prédicteur du bien-être psychologique et physique.

De plus, les données actuelles correspondent à celles obtenues par Ryff (1989), qui montrent qu'une estime de soi élevée amène une plus grande autonomie et acceptation de soi. Également, d'autres auteurs ont souligné l'importance du soutien à l'autonomie par les parents et les enseignants comme indicateur du bien-être psychologique incluant la variable estime de soi (Chirkov & Ryan, 2001). De même, les résultats obtenus se rapprochent de ceux de La Guardia et Ryan (2000) qui ont démontré qu'un climat de classe qui favorise l'autonomie et l'affiliation sociale, augmente le sentiment d'estime de soi chez l'étudiant. Également, les présents résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par Diener (2000) et Diener et Diener (1995) qui affirment que l'autonomie et la compétence sont associées à des indices de bien-être tels que la satisfaction envers la vie et l'estime de soi. Enfin, dans ses travaux portant sur le développement de l'estime de soi, Harter (1999) souligne l'importance chez l'être humain de se sentir supporté par des personnes significatives et se sentir compétent dans des domaines importants pour soi. Toutefois, comparativement à l'étude actuelle, l'ensemble de ces résultats n'ont pas de valeur prédictive.

Bref, les résultats actuels observés relativement à la prédiction de l'estime de soi, convergent avec ceux d'études antérieures réalisées auprès d'étudiants universitaires qui démontrent une association entre l'autonomie et la compétence et l'estime de soi.

Également, les résultats obtenus sont appuyés par les récentes études qui démontrent que le soutien à la compétence est le plus important prédicteur de l'estime de soi chez les athlètes adolescents masculins.

Implications théoriques et pratiques

La contribution originale de cette recherche réside dans son apport empirique d'éléments issus de la TAD en lien avec trois indices de santé mentale (dépression, anxiété et estime de soi) chez l'adolescent. Bien que les trois dimensions des comportements interpersonnels des parents et des enseignants ne soient pas associées aux trois indices de santé mentale, les résultats observés soutiennent l'hypothèse plus générale selon laquelle, le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale est significativement associées à la santé mentale. Cette étude permet également d'apporter un certain soutien à la validité de l'Échelle des comportements interpersonnels. Plus spécifiquement, les résultats actuels supportent la contribution des comportements interpersonnels de soutien en provenance de deux figures significatives (parents et enseignants) sur la santé mentale de jeunes du secondaire, ce qui n'avait jamais été vérifié auprès de cette clientèle adolescente. Les données révélant en outre une association négative entre les trois dimensions des comportements interpersonnels et la dépression, rejoignent les postulats de la TAD qui affirment que la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation est directement liée au bien-être

(Deci & Ryan, 1985, 1991; La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000; Reis Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000; Ryan & Couchman, 1999; Ryan & Deci, 2000, 2001).

Quant aux liens plus spécifiques observés pour les deux autres hypothèses, ceux-ci ne vont pas à l'encontre de la TAD. D'abord, en ce qui a trait à la relation négative entre le soutien à l'affiliation sociale par les enseignants et l'anxiété, il est possible que ce résultat singulier rende compte de mécanismes distincts impliqués au niveau des manifestations dépressives et anxieuses chez les adolescents. Pour ce qui est des résultats entre le soutien à la compétence et l'affiliation sociale en lien avec l'estime de soi, ils rejoignent globalement ceux d'études ayant montré une relation entre l'autonomie, la compétence et l'affiliation sociale et l'estime de soi auprès de populations adultes et d'étudiants de niveau primaire (Paradise & Kernis, 2002; Ryan & Grolnick, 1986; Ryff, 1989). Les présents résultats divergent cependant des données obtenues auprès d'adolescents russes et américains où un lien significatif a été observé avec le soutien à l'autonomie (Chirkov & Ryan, 2001).

Enfin, les résultats issus des deux questions exploratoires ajoutent un poids additionnel aux présentes conclusions. D'abord l'absence de différence observée dans la relation entre les comportements interpersonnels et les indices de santé mentale en fonction de la source interpersonnelle de soutien. D'autre part le soutien à l'affiliation sociale par les enseignants comme variables prédictrices de la dépression et de l'anxiété et du soutien à la compétence par les parents pour l'estime de soi. En bref, l'ensemble

des résultats provenant des hypothèses et des questions de recherche milite en faveur de poursuivre les travaux de recherche entourant ces variables interpersonnelles dans l'étude de la prévention de la dépression et de l'anxiété ainsi que dans l'optimisation d'une bonne estime de soi chez les adolescents.

Dans une perspective préventive plus large, les considérations soulevées dans ce mémoire suggèrent que l'ensemble des personnes oeuvrant auprès des adolescents soient sensibilisées par rapport à l'importance de soutenir les trois dimensions des comportements interpersonnels afin de favoriser une meilleure santé mentale chez le jeune. De façon plus concrète, certains modes d'interaction pourraient être encouragés qui ne soient pas tributaires uniquement de la performance et de la réussite, mais qui tiennent compte également des sentiments des étudiants et en maximisant la notion de choix dans la poursuite d'activités. De telles approches seraient susceptibles de rehausser les perceptions d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale et de faciliter la motivation autodéterminée chez les jeunes (Vallerand, 1997; Vallerand, Fortier & Guay, 1997).

Forces et limites de la recherche

Les résultats actuels apportent une contribution supplémentaire à l'ensemble de la recherche portant sur les relations entre les trois dimensions des comportements interpersonnels et les construits reliés à la santé mentale. Ces données proviennent de la

perception du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale offerte par les parents et les enseignants et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi au sein d'un échantillon composé d'adolescents de la ville de Saguenay (La Baie), âgés de 14 à 18 ans. Elles permettent de cibler l'importance de soutenir les trois dimensions des comportements interpersonnelles pour la santé mentale des adolescents.

Cette recherche est la première à étudier précisément les relations entre les comportements interpersonnels dans un contexte relationnel avec les parents et les enseignants et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi à l'aide de l'*Échelle des comportements interpersonnels* auprès d'une population non clinique d'adolescents. De plus, les données recueillies contribuent à faire ressortir toute l'importance de considérer les facteurs contextuels, c'est-à-dire les comportements interpersonnels des parents et des enseignants au niveau de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi chez les adolescents. En outre des relations particulières ressortent pour chacune des variables à l'étude. À cela s'ajoute la contribution différentielle selon le type de symptomatologies et l'importance non seulement des comportements interpersonnels de soutien de la part des parents, mais également ceux des enseignants. De plus, les résultats des analyses psychométriques ont démontré clairement la validité des sous-échelles du soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale auprès de l'échantillon actuel, contribuant à la justesse des résultats obtenus.

Toutefois, cette recherche comporte certaines limites liées aux autres facteurs préalablement cités dans les écrits en lien avec les indices de santé mentale et n'ayant pas été mesurés dans le cadre du présent mémoire. Premièrement, le modèle proposé visant à évaluer la contribution des trois dimensions des comportements interpersonnels aux indices de santé mentale dans une population adolescente, ne privilégie qu'un nombre limité de variables parmi d'autres. En ce sens, il présente une explication partielle d'une problématique plus vaste. Afin de bien comprendre ce phénomène, il s'avère important d'examiner non seulement les comportements interpersonnels, mais l'ensemble des processus psychologiques, biologiques, interpersonnels ainsi que les déterminants sociaux impliqués dans la santé mentale des adolescents. Deuxièmement, une autre limite a trait à la taille de l'échantillon. En effet, il est impossible de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble des adolescents en milieu scolaire de la région de Saguenay de niveau secondaire III, IV et V, âgés entre 14 et 18 ans. D'autres études pourraient être conduites auprès d'échantillons plus larges, tels que des étudiants de niveaux académiques inférieurs (p.ex., les niveaux secondaires I et II). Par ailleurs, il aurait été également souhaitable de vérifier si les associations entre les dimensions des comportements interpersonnels et les indices de santé mentale varient selon le genre des participants. Cependant, la taille de l'échantillon ne permettait pas de procéder à cette analyse.

Également, cette recherche comporte certaines limites pouvant affecter la validité interne et externe des résultats. D'abord, le devis de type corrélationnel ne permet pas de déterminer avec certitude le sens de la direction observée entre les différentes variables.

En effet, il est possible de se demander si ce sont la dépression, l'anxiété et une faible estime de soi qui font que l'adolescent évalue négativement ou ne perçoit pas le soutien qu'il reçoit de ses parents et de ses enseignants ou est-ce un manque de soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale qui cause la dépression, l'anxiété et la faible estime de soi? Seule une recherche longitudinale permettrait de statuer sur la direction de la relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi chez les adolescents.

Par ailleurs, les questionnaires constituent une autre limite dans le sens où les cotes obtenues rendent compte de perceptions individuelles, qui sont sujettes au phénomène de désirabilité sociale. Le champ d'exploration s'en trouve réduit puisque les perceptions individuelles ne représentent qu'une partie d'un processus interactionnel plus large. Parmi les autres indices à prendre en considération, on retrouve bien évidemment la perspective des parents et celle des enseignants. Du même coup, la contribution respective des deux parents ou la diversité des enseignants que côtoient l'adolescent dans son cheminement scolaire pouvant fournir des points de vue additionnels n'ayant pas été considérés. De plus, les événements vécus par les adolescents avant la passation du questionnaire peuvent avoir influencé leur disposition physique et psychologique à répondre aux questions. Il serait souhaitable de reproduire cette recherche en tenant compte des facteurs cités précédemment.

Enfin, une dernière limite provient du questionnement à savoir si c'est la perception de l'adolescent quant aux comportements de soutien de la part des intervenants ou le degré de satisfaction de ses besoins ressenti par celui-ci qui intervient dans le maintien de la bonne santé mentale. À titre d'exemple, l'intervenant peut soutenir adéquatement le besoin de compétence du jeune, en lui donnant des conseils bienveillants et des rétroactions positives, mais il demeure possible que celui-ci puisse ressentir une insatisfaction face à son besoin de compétence. Ceci nous amène donc à considérer si nous devons axer l'intervention sur la perception des comportements des intervenants qui interagissent avec le jeune ou sur le degré de satisfaction induit par les facteurs contextuels pouvant affecter le sentiment d'autodétermination chez l'adolescent.

Pistes de recherches futures

À la lumière des résultats obtenus, différentes avenues pourraient être développées en vue de poursuivre les travaux amorcés dans le cadre de la présente étude. Une recherche longitudinale répartie sur un ou deux ans pourrait, en outre, analyser les changements dans les relations entre les trois dimensions des comportements interpersonnels des parents et des enseignants et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi à travers le temps. Dans une même optique, les différences dans la relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants à l'égard des adolescents et les indices de santé mentale en fonction du genre des participants pourraient être explorés (p. ex., est-ce que nous devrions nous attendre aux mêmes résultats pour des

filles ou des garçons). Également, les études futures pourraient pallier certaines autres limites citées précédemment en utilisant d'autres méthodes de collecte de données qui évalueraient la perception des parents et des enseignants quant à leur soutien respectif.

De plus, des études ultérieures pourraient inclure le modèle motivationnel proposé par Deci et Ryan (1985, 1991). En effet, la TAD postule qu'il existe plusieurs facteurs pouvant influencer les comportements des individus. Parmi ceux-ci, les types de motivation (MI, ME, AM) pourraient être ajoutés au modèle mesuré. Dans une même optique, les différences liées au sexe et à l'âge pouvant influencer la perception du soutien aux comportements interpersonnels et la motivation des individus pourraient être explorées. Également, il serait intéressant de reproduire cette étude en mesurant le degré de satisfaction des besoins ressenti par l'adolescent.

Somme toute, il serait pertinent de tenter de valider de nouveaux modèles qui introduiraient des liens additionnels à ceux observés. De tels modèles devraient permettre d'élargir notre compréhension du rôle spécifique des comportements interpersonnels favorisant la motivation autodéterminée en lien avec des indices de santé mentale chez des adolescents.

Conclusion

Les écrits démontrent que les problèmes de santé mentale à l'adolescence représentent une préoccupation majeure dans nos sociétés modernes. Le concept de santé mentale introduit à la fois des dimensions cognitive/affective et positive/négative. La dépression, l'anxiété et l'estime de soi sont des aspects affectifs et cognitifs souvent associés à la santé mentale chez les adolescents. Puisque la théorie de l'autodétermination (TAD) décrit les processus psychologiques qui facilitent la santé mentale et le fonctionnement optimal, la présente recherche a permis d'examiner la relation entre les comportements interpersonnels des parents et des enseignants à l'égard des adolescents et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi auprès d'une population non-clinique d'adolescents des deux genres. Trois dimensions des comportements interpersonnels ont été étudiées dans la présente étude en lien avec la TAD (Deci & Ryan, 2000, 2001; Ryan & Deci, 1985, 1991) : le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale. À titre exploratoire, l'étude a également permis d'identifier les plus importants prédicteurs de la santé mentale parmi les trois dimensions des comportements interpersonnels des parents et des enseignants. Toutefois, les résultats obtenus n'ont permis de dégager aucune différence au niveau des perceptions de l'adolescent entre le soutien offert par les parents et les enseignants et les indices de santé mentale mesurés.

Les résultats ont confirmé que le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale, sont associées négativement à la dépression chez les adolescents. Ainsi, plus l'adolescent perçoit que ses parents et ses enseignants soutiennent son

autonomie, sa compétence et son affiliation sociale, moins il risque de présenter de la dépression. De plus, les résultats ont démontré que seule la dimension du soutien à l'affiliation sociale par les enseignants obtient une corrélation négative significative avec l'anxiété. Plus précisément, ce résultat singulier montre que les adolescents qui ont perçu un bon soutien au besoin d'affiliation sociale par leurs enseignants, ont démontré moins d'anxiété. Pour ce qui est de l'estime de soi, il semble que l'adolescent qui perçoit un niveau élevé de soutien aux besoins de compétence et d'affiliation sociale par leurs parents et leurs enseignants, risquent de présenter une meilleure estime de soi.

En ce qui concerne les questions exploratoires, les analyses de corrélation entre deux corrélations non indépendantes ne démontrent aucune différence significative entre la perception de l'adolescent des comportements interpersonnels de ses parents et de ses enseignants et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi. De plus, les résultats des analyses de régression d'inclusion et d'exclusion pas à pas, ont démontré que la dépression et l'anxiété sont prédits par la perception par l'adolescent d'un faible soutien quant à la satisfaction du besoin d'affiliation sociale par les enseignants. Ainsi, la perception d'un bas niveau de soutien à l'affiliation sociale par les enseignants aura comme conséquence d'augmenter le risque de l'adolescent de présenter des affects négatifs tels que la dépression et de l'anxiété. De plus, les présents résultats indiquent que la probabilité de présenter de la dépression augmente en fonction d'un faible soutien à la compétence de source parentale. Quant à l'estime de soi, il semble que les rétroactions positives et les conseils bienveillants de la part des parents ont comme

conséquence d'augmenter le sentiment de compétence chez l'adolescent, qui à son tour, augmente son estime de soi. Enfin, le soutien à la compétence et le soutien à l'autonomie par les enseignants se révèlent aussi être des prédicteurs de l'estime de soi, mais avec une faible variance expliquée. À notre connaissance, la présente étude mesure pour la première fois le soutien à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation sociale et la dépression, l'anxiété et l'estime de soi chez les adolescents.

Les recherches sur les dimensions des comportements interpersonnels définis par le TAD auprès d'adolescents québécois sont peu nombreuses. À cet effet, et tel que le suggèrent les présents résultats, il apparaît souhaitable de considérer le soutien des parents et des enseignants en lien avec la santé mentale des adolescents. Également, les résultats obtenus rendent compte de l'importance d'investiguer l'interaction entre la perception des comportements interpersonnels des parents et des enseignants et le sentiment d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale si l'on veut tenir compte des diverses trajectoires impliquées au niveau des affects positifs et négatifs manifestes à l'adolescence.

Références

- Allaire, D. (1988). Questionnaires : Mesure verbale du comportement. Dans M. Robert (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3^e éd.) (pp. 277-310). Québec : Edisem.
- American Psychological Association (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (4^e éd.). Paris : Masson.
- Andersen, S. M., Chen, S., & Carter, C. (2000). Fundamental human needs : Making social cognition relevant. *Psychological Inquiry*, 11(4), 296-318.
- Andrew, F. M., & Withney, S. B. (1976). *Social indicators of well-being*. New-York : Plenum Press.
- Antonucci, T. C. (1990). Social support and social relationships. Dans R. H. Binstock & L. K. George (Éds), *Handbook of Aging and Social Sciences* (pp. 205-226). San Diego Academic.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 683-697.
- Association des psychiatres du Canada (1996). *Enquête sur la santé mentale des jeunes canadiens*. Journal PRO-ADO. Récupéré le 17 juillet de http://acsa-caah.ca/fran/main1_fr.html
- Aseltine, R. H. Jr., & Gore, S. (1993). Mental health and social adaptation following the transition from high school. *Journal of Research on Adolescence*, 3(3), 247-270.
- Avison, W. R., & McAlpine, D. D. (1992). Gender differences in symptoms of depression among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 77-96.
- Ayotte, V., & Laurendeau, M. C. (1999, Mai). *Effets d'un programme de promotion des compétences sur l'adaptation psychosociale d'adolescents de milieu urbain défavorisé*. Direction de la Santé Publique : Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

- Baard, P. P., Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2004). Intrinsic need satisfaction as a motivational basis of performance and well-being in two work settings : An application of cognitive evaluation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2045-2068.
- Barber, B. K., & Olsen, J. A. (1997). Socialization in context : Connection, regulation, and autonomy in the family, school, and neighbourhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research*, 12, 287-315.
- Baron, P. (1993). *La dépression chez les adolescents*. Montmagny : Edisem Inc. et Maloine.
- Baron, P., & Peixoto, N. (1991). Depressive symptoms in adolescents as a function of personality factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 493-500.
- Barrera, M., Jr., & Garrison-Jones, C. (1992). Family and peer social support as specific correlates of adolescent depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(1), 1-16.
- Baumeister, R. F. (1998). The self. Dans D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Éds), *The handbook of social psychology* (Vol. 2), (4^e éd.) (pp. 680-740). New York : McGraw-Hill.
- 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, 1-44.
- Baumeister R., & Leary M. R. (1995). The need to belong : Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E., et al. (1996). Childhood and adolescent depression : A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Black, A. E., & Deci, E. L. (2000). The effects of instructors' autonomy support and students' autonomous motivation on learning organic chemistry : A self-determination theory perspective. *Science Education*, 84, 740-756.

- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettechart, W., & Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 19, 233-245.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss : Vol. 1. Attachment*. New York : Basic Books.
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte : Vol. 2. La séparation : Angoisse et colère*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Breton, J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N., et al. (1999). Quebec child mental health survey : Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 375-384.
- Breton, J. J., & Valla, J. P. (2001). Importance des troubles mentaux chez les jeunes et réactions des proches. Dans A. Gagnon et al. (Éds), *Démystifier les maladies mentales : Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (pp. 2-23). Montréal : Gaëtan Morin.
- Brown, A. (1975). *Regression and correlation*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bruno, D. G. (2001, May). The effects of a self-determination intervention on youth explanatory style and depressive features. *Dissertation Abstracts International Section A : Humanities & Social Sciences*, 61(10-A), 3904.
- Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America*. New York : Mc Graw-Hill.
- Chaloult, L. (1988). Troubles anxieux. Dans P. Lalonde & F. Grunberg (Éds), *Psychiatrie Clinique : Une approche bio-psycho-sociale*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Chan, D. W. (1997). Depressive symptoms and perceived competence among Chinese secondary school students in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 26(3), 303-319.
- Chirkov, V. I., & Ryan, R. M. (2001). Parent and teacher autonomy-support in Russian and U.S. adolescents : Common effects on well-being and academic motivation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(5), 616-636.
- Choquet, M., & Ledoux, S. (1994). *Adolescents : Enquête nationale*. Paris : Les Éditions INSERM.

- Cole, D. A. (1990). Relation of social and academic competence to depressive symptoms in childhood. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(4), 422-429.
- Cole, D. A. (1991). Preliminary support for a competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 181-190.
- Cole, D. A., Martin, J. M., Peeke, L. G., Seroczynski, A. D., & Hoffman, K. (1998). Are cognitive errors of underestimation predictive or reflective of depressive symptoms in children : A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 481-496.
- Comité de la santé mentale du Québec (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Compas, B. E., Davis, G. E., & Forsythe, C. J. (1985). Characteristics of Life Events During Adolescence. *American Journal of Community Psychology, 13*(6), 677-691.
- Compton, W., Smith, M. L., Cornish, K. A., & Qualls, D. L. (1996). Factors structure of mental health's measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*(2), 406-413.
- Conger, K. J., Conger, R. D., & Scaramella, L. V. (1997). Parents, siblings, psychological control, and adolescent adjustment. *Journal of Adolescent Research, 12*, 113-138.
- Cyr, M., Wright, J., & Thériault, C. (1996). Traduction française de Reynolds, C.R. et Richmond, B.O. (1985), *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*. Montréal : Université de Montréal.
- Dal Ferro, A. (2000). *L'influence de l'environnement familial et du style parental sur le vécu dépressif des adolescents de milieu scolaire, selon le type de structure familiale*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Darlington, R. B. (1990). *Regression linear models*. New York : MacGraw-Hill.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York : Plenum Press.

- Deci, E. L., Eghari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization : The self-determination theory perspective. *Journal of Personality*, 62(1), 119-142.
- Deci, E. L., Nezlek, J., & Sheinman, L. (1981). Characteristics of the rewarded and intrinsic motivation of the rewarded. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 1-10.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York : Plenum Press.
- Deci E. L., & Ryan R. M. (1991). A motivational approach to self : Integration in personality. Dans R. Dienstbier (Éd.), *Nebraska Symposium on Motivation : Perspectives on motivation* (vol. 38), (pp. 237-288). Lincoln : University of Nebraska Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human agency : The basis for true self-esteem. Dans M. H. Kernis (Ed.), *Efficacy, agency and self-esteem* (pp. 31-50). New York : Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goals pursuits : Human needs and the self-determination behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001, August). Need satisfaction, motivation, and well-being in the work organizations of a former Eastern Bloc country. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(8), 930-942.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being : The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.
- Donnelly, M. (1999). Factors associated with depressed mood among adolescents in Northern Ireland. *Journal of Community and Applied Psychology*, 9(1), 47-59.
- Drapper, N. R., & Smith, H. (1981). *Applied regression analysis*. New-York : Wiley.

- Dubois, D. L., Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., & Evans, E. G. (1992). A prospective study of life stress, social support, and adaptation in early adolescence. *Child Development, 63*, 542-557.
- Dubois, D. L., Felner, R. D., Meares, H., & Krier, M. (1994). Prospective investigation of the effects of socioeconomic disadvantage, life stress, and social support on early adolescent adjustment. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(3) 511-522.
- Eccles, J. S., Early, D., Frasier, K., Belansky, E., & McCarthy, K. (1997). The relation of connection, regulation, and support for autonomy to adolescent's functioning. *Journal of Adolescent Research, 12*(2), 263-286.
- Elgar, F. J., & Arlett, C. (2002, June). Perceived social inadequacy and depresses mood in adolescents. *Journal of Adolescence, 25*(3), 301-305.
- Erdelfer, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER : A general power analysis program. *Behavior Research methods, Instruments, and Computes, 28*, 1-11.
- Flink, C., Boggiano, A. K., & Barrett, M. (1990). Controlling teaching strategies : Undermining children's self-determination and performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 916-924.
- Fombonne, E. (1998). Increased rates of psychological disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Child Neuroscience, 248*, 14-21.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child, 13*, 255-278.
- Fuhrman, T., & Holmbeck, G. N. (1995). A contextual-moderator analysis of emotional autonomy and adjustment on adolescence. *Child Development, 66*, 793-811.
- Garber, J., Robinson, N. S., & Valentiner, D. (1997). The relation between parenting and adolescent depression : Self-worth as a mediator. *Journal of Adolescent Research, 12*(1), 12-33.
- Garrison, C., Schluchter, M. D., Schoenbach, V. J., & Kaplan, B. K. (1989). Epidemiology of Depressive Symptoms in Young Adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28*(3), 343-351.

- Gaudreault, M., Veillette, S., & Perron, M. (2003). *Comparaison des principaux résultats de deux enquêtes régionales auprès des élèves du secondaire (1997 et 2002). Les jeunes du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Qui sont-ils? Que font-ils? Groupe d'étude des conditions de vie et des besoins de la population. Cégep de Jonquière : Groupe ÉCOBES.*
- Gauthier, B. (2001). Anxiété à l'adolescence : Trouble de panique, trouble d'anxiété généralisée, phobie sociale et trouble obsessionnel-compulsif. Dans A. Gagnon et al. (Éds), *Démystifier les maladies mentales : Les troubles de l'enfance et de l'adolescence* (pp.121-151). Montréal : Gaëtan Morin.
- Giguère, J. (2000). *Le style parental et les différences liées au genre chez les adolescents dépressifs, à troubles extériorisés et délinquants*. Mémoire de Maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Glass, G. E., & Hopkins, K. D. (1996). *Statistical methods in education and psychology*. Englewood's Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Golberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldstein, M. D., & Strube, M. J. (1994). Independence Revisited : The relation Between Positive and Negative affect in a Naturalistic setting. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20(1), 57-64.
- Gore, S., Aseltine, R. H., Jr., & Colten, M. E. (1993). Gender, social, relational involvement, and depression. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 101-125.
- Gould, M. S., & Kramer, R. A. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-threatening Behaviour*, 31, 6-31.
- Grolnick, W. S., Deci, E. D., & Ryan, R. M. (1997). Internalization within the family : The self-determination theory perspective. Dans J. E. Grusec, & L. Kuczynski, (Éds), *Parenting and children's internalization of values : A handbook of contemporary theory* (pp. 135-161). New York : Wiley.

- Hamel, M. (2001). Le soutien social. Dans Les publications du Québec (Éds), 6- 12- 17, *nous serons bien mieux : Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire* (pp. 101-132). Québec : Le ministère de la santé et des services sociaux du Québec.
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in family*. New York : Springer-Verlag.
- Harter, S. (1998a). Comprendre l'estime de soi de l'enfant et l'adolescent : Considérations historiques, théoriques et méthodologiques. Dans M. Bolognini & Y. Prêteur (Éds), *Estime de soi : Perspectives développementales* (pp. 57-81). Paris : Delachaux et Niestlé.
- Harter, S. (1998b). The development of self-representations. Dans W. Damon & N. Eisenbers (Éds). *Handbook of child psychology : Social, emotional and personality development* (vol. 3), (pp. 553-618). New York : Wiley.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self : A Developmental Perspective*. New York : The Guilford Press.
- Herman, M. R., Dornbush, S. M., Herron, M. C., & Herting, J. R. (1997). The influence of family regulation, connection, and psychological autonomy on six measures of adolescent functioning. *Journal of Adolescent Research*, 12, 34-67.
- Hilsman, R., & Garber, J. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model of depression in children : Academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 370-380.
- Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J. A., & Roberts, R. (1990). Psychological correlates of depressive symptomatology among high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 211-220.
- Howell, D. C. (1998). *Méthodes statistiques en sciences humaines*. Paris : De Boek Université.
- Ilardi, B. C., Leone, D., Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). Employee and supervisor ratings of motivation : Main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1789-1805.

- Jöreskog, K. G., & Sorbom, D. (1990). *LISREL VII*. Chicago, IL : National Educational Resources.
- Kandel, D. B., & Davies, M. (1982). Epidemiology of depressive mood in adolescents : An empirical Study. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1205-1212.
- Kashani, J.H., Beck, N., Hooper, E.W., Fallahi, C., Corcoran, C.M., McAllister, J.A., et al. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kasser, V., & Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 935-454.
- Kazdin, A. E. (1993). Adolescent Mental Health : Prevention and treatments programs. *American Psychologist*, 48(2), 127-141.
- Kelly, J. R. Steinkamp, M.W., & Kelly, J. R. (1988). Later-life satisfaction : Does leisure contribute? *Leisure Sciences*, 9, 189-200.
- Kovacs, M. et Beck, A.T. (1977). An empirical-clinical approach toward a definition of childhood depression. Dans J.G. Schulerbrandt & A. Raskin (Éds), *Depression in children : Diagnosis, treatment, and conceptual models* (pp. 1-25). New York : Raven Press.
- Labelle, R., Bastin, É., Dubé, M., Alain, M., Bouffard, L., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 71-87.
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J. M. (1999). Les troubles anxieux : Approche cognitive comportementale. Montréal : Gaëtan Morin.
- La Guardia, J. G., Ryan, M. R. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'autodétermination et applications. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 281-304.

- La Guardia, J. G., Ryan, M. R., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-Person Variation in Security of Attachment : A Self-Determination Theory Perspective on Attachment, Need Fulfillment, and Well-Being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 79(3), 367-384.
- Lamborn, S. D., & Steinberg, L. (1993). Emotional Autonomy Redux : Revisiting Ryan and Lynch. *Child Development*, 64(2), 483-499.
- Larivey, M. (2002). *La puissance des émotions : Comment distinguer les vraies des fausses*. Les Éditions de l'Homme.
- Larose, S., & Boivin, M. (1997, October). Structural Relations among Attachment Working Models of Parents, General and Specific Support Expectations, and Personal Adjustment in Late Adolescence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(5), 579-601.
- Lazzoni, A., Debry, M., & Peree, F. (1997). L'évaluation de la dépression infantile: Étude de l'unidimensionnalité de l'inventaire de dépression de Kovacs (CDI). *Revue européenne de psychologie appliquée*, 1^{er} Trimestre, 47, 53-64.
- Levitt, M. J., Guacci-Franco, N., & Levitt, J. L. (1993). Convoys of social support childhood and early adolescence : Structure and function. *Developmental Psychology*, 29, 811-818.
- Lewinsohn, P. M., Hops, H., Roberts, R. E., Seeley, J. R., & Andrews, J. A. (1993). Adolescent psychopathology : I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 133-144.
- Licitra-Kleckler, D. M., & Waas, G. A. (1993). Perceived social support among high-stress adolescents. The role of peers and family. *Journal of Adolescent Research*, 8(4), 381-402.
- Luck, P. W., & Heiss, J. (1972). Social determinants of self-esteem in adult's males. *Sociology and Social Research*, 57, 69-84.

- Lyness, D. A. (2001, August). Blueprint for Change : Research on Child and Adolescent Mental Health. *Report of the National Advisory Mental Health Council's Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention*, NIMH Publication No. 01-4986. Récupéré le 05 janvier 2005 de http://kidshealth.org/teen/your_mind/mental_health/anxiety_p3.html.
- Marcotte, D. (1996). Irrational beliefs and depression in adolescence. *Adolescence*, 31(124), 935-954.
- Marcotte, D., & Baron, P. (1993). L'efficacité d'une stratégie d'intervention émotivo-rationnelle auprès d'adolescents dépressifs de milieu scolaire. *Revue canadienne de counseling*, 27, 77-92.
- Marcotte, G., Marcotte, D., & Bouffard, T. (2002). The influence of familial support and dysfunctional attitudes on depression and delinquency in an adolescent population. *European Journal of Psychology of Education*, 17(4), 363-376.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., & Norman, G. R. (1995). Family, structure, family functioning and adolescent well-being : The transcendent influence of parental style. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 36(5), 847-864.
- McFarlane, A. H., Bellissimo, A., Norman, G. R., & Lange, P. (1994). Adolescent depression in a school-based community sample : Preliminary findings on contributing social factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 601-620.
- McGuire, D. P., Mitie, W., & Newman, B. (1987, juin). La perception du stress chez les jeunes : Les inquiétudes de l'adolescent normal. *Santé mentale au Canada*, 35(2), 2-6.
- Melby, J. N. (1993, March). Family context of adolescent academic competence. Poster presented at the biennial meetings of the Society for Research in Child Development, New Orleans, LA. Dans Wong, E. H., & Wiest, D. J. (1999). *Adolescent depression : Links to academic coping and perceived autonomy support*. *Education*, 119(4), 668-673.
- Morgan, W. P., & Goldston, S. E. (1987). *Exercise and mental health*. Washington, DC : Hemisphere Publishing Corporation.
- Moor, L., & Mack, C. (1982). Version française d'échelles d'évaluation de la dépression. Échelles de Birlenson et de Posnanski (CDRS-R). *Neuropsychiatrie enfance-adolescence*, 30, 623-626.

- Myers, D. G., & Diener, E. (1997). La poursuite scientifique du bonheur. *Revue québécoise de psychologie*, 18(2), 13-28.
- Noom, J. M., Deković, M., & Meeus, J. H. (1999). Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence : A double-edged sword? *Journal of Adolescence*, 22(6), 771-783.
- Organisation mondiale de la santé (2005, Janvier). *Relever les défis, trouver des solutions*. Europe : Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Récupéré le 15 juin 2005 de http://www.euro.who.int/mentalhealth/Conference/20030718_1
- Otis, N., & Pelletier, L. G. (2000). *Construction et validation d'une échelle sur les perceptions des comportements interpersonnels associés à la motivation autodéterminée*. 23^{ième} congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie : programme et résumé des communications, 134, Hull.
- Paradise, A. W., & Kernis, M. H. (2002, October). Self-esteem and Psychological Well-being : Implications of Fragile Self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(4), 345-361.
- Patten, C. A., Gillin, J. C., Farkas, A. J., Gilpin, E. A., Berry, C. C., & Pierce, J. P. (1997). Depressive symptoms in California adolescents : Family structure and parental support. *Journal of Adolescent Health*, 20(4), 271-278.
- Pavlidis, K., & McCauley, E. (2001). Autonomy and relatedness in family interactions with depressed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(1), 11-21.
- Perron, M. (2001, Novembre). *Une perception positive de soi chez l'adolescent, un des facteurs déterminants de la réussite scolaire*. Conférence à la 27^e rencontre annuelle secondaire-cégep du SRAM. Jonquière, Cégep de Jonquière : Groupe ÉCOBES, CRÉPAS.
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, A., & Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-158.
- Poirier, M., & Lafrenière, A. (2003). Perception des psychologues oeuvrant dans les PAE. *Psychologie Québec*, 20(1), 14-16.

- Procidano, M. E., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family : Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N. D., Williamson, D., Dahl, R. E., Lukens, E., et al. (1993). The psychological functioning and family environment of depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 32(2), 244-253.
- Reeve, J. (1998). Autonomy support as an interpersonal motivating style : Is it teachable? *Contemporary Educational Psychology*, 23, 312-330.
- Reeve, J. (2002). Self-Determination Theory applied to educational settings. Dans E. L. Deci, & R. M. Ryan (Éds), *Handbook of self-determination research* (pp.183-204). New York : The University of Rochester Press.
- Reeve, J., Bolt, E., & Cai, Y. (1999). Autonomy-supportive teachers : How they teach and motivate students. *Journal of Educational Psychology*, 91, 537-548.
- Reinboth, M., Duba, J., Ntoumanis, N. (2004). Dimensions of coaching behavior, need satisfaction, and the psychological and physical welfare of young athletes. *Motivation & Emotion*, 28(3), 297-313.
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable S. L., Roscoe, J., & Ryan R. M. (2000). Daily well-being : The role of autonomy, competence, and relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435.
- Reynolds, C. R. (1980). Concurrent validity of what I think and feel : The Revised Children's. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(6), 774-775.
- Reynolds, W. M. (1992). *Internalizing disorders in children and adolescent*. New York : Wiley & Sons.
- Reynolds, W. M. (1994). Depression in adolescent : Contemporary issues and perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology*, 16, 261-316.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)*. Los Angeles : Western Psychological Services.

- Robinson, N. S., Garber, J., & Hilsman, R. (1995). Cognitions and stress : Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 453-463.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J. : Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York : Basics Books.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. Dans R. Leahy (Éd), *The development of the self* (pp.205-246). New York : Academic Press.
- Rosenberg, M., & Simmons, R. G. (1972). *Black and white self-esteem : The urban school child*. Washington, DC: American Sociological Association.
- Ruel, P. H. (1987). Motivation et représentation de soi. *Revue des sciences de l'éducation*, Vol. XIII (2), 239-259.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63(3), 397-427.
- Ryan, R. M., Chirkov, V. I., Little, T. D., Sheldon, K. M., Timoshina, E., & Deci, E. L. (1999). The American dream in Russia : Extrinsic aspirations and well-being in two cultures. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1506-1524.
- Ryan, R. M., & Couchman, C. E. (1999). Comparating « Immediate-return » and « Basic Psychological” Needs : A Self-Determination Theory Perspective. *Psychological Inquiry*, 10(3), 235-239.
- Ryan, M. R., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social development, and Well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
- Ryan, M. R., & Deci, E. L. (2001). On happiness and humans potentials : A review of research on hedonic and eudaimonic well-Being. *Annual Review Psychology*, 52, 141-166.

- Ryan, R. M., Deci, E. L., & Grolnick, W. S. (1995). Autonomy, relatedness, and the self : Their relation to development and psychopathology. Dans D. Cicchetti & D. J. Cohen (Éds), *Developmental psychopathology* (vol. 1) (pp. 618–655). New York : Wiley.
- Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality, and health : Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529–565.
- Ryan, R. M., & Grolnick, W. S. (1986). Origins and pawns in the classroom : Self-report and projective assessments of individual differences in children's perceptions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 550–558.
- Ryan, M. R. & La Guardia, J. G. (2000). What is being optimized? : Self-determination theory and basic psychological needs. Dans S. H. Qualls & N. Abeles (Éds), *Psychology and the aging revolution : How we adapt to longer life* (pp. 145-172). Washington, DC : APA Books.
- Ryan R. M., & Lynch, J. H. (1989). Emotional Autonomy versus detachment : revisiting the vicissitudes of adolescence and young adulthood. *Child Development*, 60, 340-356.
- Ryan, R. M., Stiller, J. D., & Lynch, J. H. (1994). Representation of relationships to teachers, parents and friends as predictors of academic motivation and self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 14(2), 226-249.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sandler, I. N., Miller, P., Short, J., & Wolchnick, S. A. (1989). Social support as a protective factor for children in stress. *Children's Social Networks and Social Supports* (pp. 277-307). New York : Wiley.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa : Santé Canada.
- SAS Institute. (1989). SAS / AF Software : usage and reference : Version 6. Caroline du Nord : SAS Institute.

- Scales, P. C., & Gibbons, J. L. (1996). Extended family members and unrelated adults in the live of youth adolescents : A Research Agenda. *The Journal of Early Adolescence*, 16(4), 365-389.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Shwab-Stone, M. E., et al. (1996, July). The NIMH diagnostic interview schedule for Children version 2.3 : Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *Journal of American Academic Children and Adolescent Psychiatry*, 35(7), 865-877.
- Sheldon, K. M., & Bettencourt, B. A. (2002, March). Psychological need-satisfaction and subjective well-being within social groups. *British Journal of Social Psychology*, 41(1), 25-38.
- Sheldon, K. M., & Elliot, A. J. (1999). Gaol Striving, need satisfaction and longitudinal well-being : Self-concordance model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 546-557.
- Sheldon, K., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence : Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531-543.
- Sheldon, K. M., Ryan, R. M., & Reis, H. T. (1996). What makes for a good day? Competence and autonomy in the day and in the person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 1270-1279.
- Shirk, S. R., Gudmundsen, G. R., & Burwell, R. A. (2005, February). Links Among Attachment-Related Cognitions and Adolescent Depressive Symptoms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 172-181.
- Shmotkin, D. (1998). Declarative and differential aspects of subjective well-being and its implications for mental health in later life. Dans J. Lompanz (Éd.), *Handbook of aging and mental health : An integrative approach* (pp. 15-43). New York : Plenum Press.
- Silverman, A. (2004). Social support as a mediator of attachment style and depression in adolescents in adolescents. *Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences & Engineering*, 65(5-B), 2671.

- Smári, J., Pétursdóttir, G., & Þorsteinsdóttir, V. (2001). Social anxiety and depression in adolescent in relation to perceived competence and situational appraisal. *Journal of Adolescence*, 24, 199-207.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI : Manuel for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Statistique Canada (2000-2001). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Récupéré le 05 avril 2005 de http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-221-XIF/00502/tables/html/1295_f.htm.
- Steinberg, L., & Silverberg, S. B. (1986). The Vicissitudes of Autonomy in Early Adolescence. *Child Development*, 57, 841-851.
- Saint-Laurent, L. (1990). Étude psychométrique de l'inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 22(4), 377-384.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics* (3^e éd.). New York : Harper Collins College Publishers.
- Tarabulsky, G. M., & Hémond, I. (1999). L'inhibition comportementale, l'attachement et la genèse des troubles anxieux durant l'enfance. Dans E. Habimana, L. Éthier, D. Petot, & M. Toussignant (Éds), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Tinsley, H. E. A. (1984). The psychological benefits of leisure participation. *Society and Leisure*, 7, 125-140.
- Tinsley, H. E., & Tinsley, D. J. (1986). A theory of the attributes, benefits, and causes of leisure experience. *Leisure Sciences*, 8, 1-45.
- Vallerand, R. J. (1997). Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. Dans M. P. Zanna (Éd), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 29), (pp. 271-360). San Diego, CA : Academic Press.
- Vallerand, R. J., Fortier, M. S., & Guay, F. (1997). Self-determination and persistence in a real-life setting : Toward a motivational model of high school dropout. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1161-1176.

- Vallerand, R. J., & O'Connor, B. P. (1989). Motivation in the elderly : A theoretical framework and some promising findings. *Canadian Psychology*, 30, 538–550.
- Vallières, E. F., & Vallerand, V. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *Journal international de psychologie*, 25, 305-316.
- Van Aken, M. A. G., & Asendorpf, J. B. (1997). Support by parents, classmates, friends, and siblings in preadolescence. Covariation and compensation across relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14, 79-39.
- Vendette, K., & Marcotte, D. (2000). Le rôle médiateur du soutien social sur la relation entre les stratégies d'adaptation et la dépression à l'adolescence. *Science et comportement*, 28(2), 129-144.
- World Health Organization (2001). *Basic documents* (43^e éd). Geneva : World Health Organization.
- World Health Organization (2004). *Promoting Mental Health : Concepts - Emerging Evidence – Practice*. Summary report. Geneva : World Health Organization.
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (1996). Internalization of biopsychosocial values by medical students : A test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 767–779.
- Woringer, V., & Halabi, M.R. (1998). L'estime de soi d'adolescents vaudois : Influence du sexe et d'autres facteurs discriminants. *Revue médicale de la Suisse romande*, 118, 85-89.

Appendice A
Certificat de déontologie



Université du Québec à Chicoutimi

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

www.uqac.ca

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMITÉ INSTITUTIONNEL DE DÉONTOLOGIE DE LA RECHERCHE
CERTIFICAT DE DÉONTOLOGIE

A. DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ

Le Comité institutionnel de déontologie de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi, dûment mandaté à cette fin, certifie avoir étudié le projet de recherche suivant :

Titre de l'activité :	Relation entre les comportements interpersonnels et des indices de santé psychologique chez des enfants et des adolescents
Responsable :	Audrey Pelletier, étudiante à la maîtrise en psychologie
Organisme subventionnel :	Aucun

B. DÉCISION DU COMITÉ

Le Comité après examen déclare que cette activité


**EST CONFORME AUX EXIGENCES DU CODE DE DÉONTOLOGIE TELLES
QU'APPLIQUÉES À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC.**

C. PÉRIODE DE VALIDITÉ

Ce certificat est valide jusqu'au 31 mai 2003.

Les soussignés déclarent le certificat conforme à la décision du comité.


Jean-François Moreau, président


Denise Bernard, secrétaire

Chicoutimi, le 27-01-2003

Appendice B
Questionnaire

QUESTIONNAIRES

Directives :

Cette recherche est réalisée par une étudiante à la maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi. Elle a pour but de mieux comprendre la relation entre les comportements interpersonnels et des indices de santé psychologique chez des adolescents.

Nous te demandons de lire attentivement chacune des questions et d'y répondre individuellement, et de façon aussi honnête et précise possible. Il est important de te rappeler qu'il **n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses**. Il s'agit de choisir celle qui décrit le mieux ce que tu penses ou tu ressens. Répondre au questionnaire devrait prendre environ cinquante minutes. Bien que tu ne sois pas obligé(e) de répondre à une question avec laquelle tu ne te sens pas à l'aise, nous aimerions que tu laisses aucune question sans réponse. À la place, choisis la réponse qui correspond le mieux à tes pensées ou sentiments. Si tu as des questions, lève la main et la responsable de la recherche ira te voir.

Tu peux être assuré(e) que tes réponses seront gardées **secrètes et confidentielles**. Tu n'as pas à inscrire ton nom sur le questionnaire et seule les chercheuses y auront accès. Personne d'autre ne saura ce que tu as répondu, ni parents, ni ami(e)s, ni professeurs.

Une fois le questionnaire complété, retourne-le et dépose-le sur le coin de ton bureau.

Si tu es intéressé(e) à obtenir des résultats de cette recherche, tu peux me contacter par courrier à l'adresse ci-dessous. Les résultats seront disponibles à compter du printemps 2003. Détache cette page, au cas où tu déciderais de me contacter par la suite.

Madame Audrey Pelletier, B.A.
Département des sciences de l'éducation et de psychologie
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université, Chicoutimi, Qc G7H 2B1
(418) 545-5011 poste 4703
Courriel : audrey_pelletier@uqac.ca

ECI

En utilisant l'échelle ci-dessous, indique à quelle fréquence TES PROFESSEURS, dans l'ensemble, émettent les comportements présentés dans les énoncés ci-dessous. Encerchez, à droite de chacun des énoncés, le chiffre correspondant le mieux à votre situation.

	<u>Jamais</u>		<u>Assez Souvent</u>		<u>Toujours</u>		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Je sens que mes professeurs se soucient vraiment de moi.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mes professeurs sont toujours prêt à m'aider à prendre une décision.	1	2	3	4	5	6	7
3. Lorsque je ne réussis pas très bien, mes professeurs me donnent du feedback utile, m'indiquant où je fais des erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mes professeurs consacrent beaucoup de temps et d'énergie à m'aider dans ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
5. Lorsque je demande à mes professeurs de l'aide pour solutionner un problème ils/elles me demandent mon avis avant de me donner le sien.	1	2	3	4	5	6	7
6. Lorsque mes professeurs me donnent du feedback, je ressens un sentiment de confiance en moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
7. Le feedback que je reçois de mes professeurs me fait sentir incertain/ne de mes capacités.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mes professeurs m'encouragent à être moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que mes professeurs apprécient vraiment passer du temps avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mes professeurs me font sentir que je peux leur dire n'importe quoi.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mes professeur n'ont pas d'attentes élevées à mon égard.	1	2	3	4	5	6	7
12. Le feedback de mes professeurs est constructif ce qui m'aide à m'améliorer.	1	2	3	4	5	6	7
13. Mes professeurs semblent être sincèrement intéressés par ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
14. Lorsque mes professeurs me demandent de faire quelque chose, ils/elles me donnent suffisamment de structure de telle sorte que je sache ce qu'il y a à faire sans pour autant me sentir limité.	1	2	3	4	5	6	7

	<u>Jamais</u>		<u>Assez Souvent</u>			<u>Toujours</u>	
15. Mes professeurs se rendent disponibles quand j'ai besoin d'eux.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mes professeurs me donnent des suggestions utiles quant aux moyens par lesquels je peux m'améliorer.	1	2	3	4	5	6	7
17. Mes professeurs me parlent uniquement de mes erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
18. Lorsque mes professeurs me demandent de faire quelque chose, ils/elles m'expliquent pourquoi je dois le faire.	1	2	3	4	5	6	7
19. Mes professeurs me donnent plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions dans ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mes professeurs m'envoient le message que je ne suis pas à la hauteur.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mes professeurs considèrent ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des siens.	1	2	3	4	5	6	7

En utilisant l'échelle ci-dessous, indique à quelle fréquence TES PARENTS, **dans l'ensemble** émettent les comportements présentés dans les énoncés ci-dessous.

	<u>Jamais</u>		<u>Assez Souvent</u>			<u>Toujours</u>	
1. Je sens que mes parents se soucient vraiment de moi.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mes parents sont toujours prêts à m'aider à prendre une décision.	1	2	3	4	5	6	7
3. Lorsque je ne réussis pas très bien, mes parents me donnent du feedback utile, m'indiquant que j'ai fait des erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
4. Mes parents consacrent beaucoup de temps et d'énergie à m'aider dans ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
5. Lorsque je demande à mes parents de l'aide pour solutionner un problème, ils me demandent mon avis avant de me donner les leurs.	1	2	3	4	5	6	7

	<u>Jamais</u>		<u>Assez Souvent</u>			<u>Toujours</u>	
6. Lorsque mes parents me donnent du feedback, je ressens un sentiment de confiance en moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
7. Lorsque mes parents me demandent de faire quelque chose, ils m'expliquent pourquoi je dois le faire.	1	2	3	4	5	6	7
8. Mes parents m'encouragent à être moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je sens que mes parents apprécient vraiment passer du temps avec moi.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mes parents me font sentir que je peux leur dire n'importe quoi.	1	2	3	4	5	6	7
11. Le feedback de mes parents est constructif ce qui m'aide à m'améliorer.	1	2	3	4	5	6	7
12. Mes parents semblent sincèrement intéressés par ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
13. Lorsque mes parents me demandent de faire quelque chose, ils me donnent suffisamment de structure de telle sorte que je sache ce qu'il y a à faire sans pour autant me sentir limité(e).	1	2	3	4	5	6	7
14. Mes parents se rendent disponibles quand j'ai besoin d'eux.	1	2	3	4	5	6	7
15. Mes parents me donnent des suggestions utiles quant aux moyens par lesquels je peux m'améliorer.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mes parents me parlent uniquement de mes erreurs.	1	2	3	4	5	6	7
17. Le feedback que je reçois de mes parents me fait sentir incertain/e de mes capacités.	1	2	3	4	5	6	7
18. Mes parents me donnent plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions dans ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
19. Mes parents n'ont pas d'attentes élevées à mon égard.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mes parents m'envoient le message que je ne suis pas à la hauteur.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mes parents considèrent ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des leurs.	1	2	3	4	5	6	7

CDI

Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui te décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé au cours des deux dernières semaines. Quand tu auras choisi ta phrase dans le premier groupe, tu passeras au suivant.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. **Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps.** Inscrit une croix à côté de ta réponse, dans la case correspondant à la phrase que tu as choisie.

1. ☐ Je suis triste de temps en temps
☐ Je suis triste souvent
☐ Je suis triste tout le temps
2. ☐ Rien ne marchera jamais bien pour moi
☐ Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi
☐ Tout marchera bien pour moi
3. ☐ Je réussis presque tout ce que je fais
☐ Je rate beaucoup de choses
☐ Je rate tout
4. ☐ Des tas de choses m'amuse
☐ Peu de choses m'amuse
☐ Rien ne m'amuse
5. ☐ Je suis désagréable tout le temps
☐ Je suis désagréable de temps en temps
☐ Je suis souvent désagréable
6. ☐ De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver
☐ J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent
☐ Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver
7. ☐ Je me déteste
☐ Je ne m'aime pas
☐ Je m'aime bien

8. ☐ Tout ce qui ne va pas est de ma faute
☐ Bien souvent, ce qui ne va pas bien est de ma faute
☐ Ce qui ne va pas bien n'est pas de ma faute
9. ☐ Je ne pense pas à me tuer
☐ Je pense à me tuer mais je ne le ferai pas
☐ Je veux me tuer
10. ☐ J'ai envie de pleurer tous les jours
☐ J'ai souvent envie de pleurer
☐ J'ai envie de pleurer de temps en temps
11. ☐ Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse
☐ Il y a souvent quelque chose qui me tracasse
☐ Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse
12. ☐ J'aime bien être avec les autres
☐ Souvent, je n'aime pas être avec les autres
☐ Je ne veux jamais être avec les autres
13. ☐ Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses
☐ J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses
☐ Je me décide facilement entre plusieurs choses
14. ☐ Je me trouve bien physiquement
☐ Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique
☐ Je me trouve laid(e)
15. ☐ Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs
☐ Je dois me forcer souvent pour faire des devoirs
☐ Ça ne me pose pas de problème de faire mes devoirs
16. ☐ J'ai toujours du mal à dormir la nuit
☐ J'ai souvent du mal à dormir la nuit
☐ Je dors plutôt bien
17. ☐ Je suis fatigué de temps en temps
☐ Je suis souvent fatigué
☐ Je suis tout le temps fatigué

18. ☐ Souvent je n'ai pas envie de manger
☐ La plupart du temps je n'ai pas le goût de manger
☐ J'ai plutôt bon appétit
19. ☐ Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part
☐ Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part
☐ Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part
20. ☐ Je ne me sens pas seul
☐ Je me sens souvent seul
☐ Je me sens toujours seul
21. ☐ Je ne m'amuse jamais à l'école
☐ Je m'amuse rarement à l'école
☐ Je m'amuse souvent à l'école
22. ☐ J'ai beaucoup d'amis
☐ J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus
☐ Je n'ai aucun ami
23. ☐ Mes résultats scolaires sont bons
☐ Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant
☐ J'ai de très mauvais résultats dans des matières que j'avais l'habitude de bien réussir
24. ☐ Je ne fais jamais aussi bien que les autres
☐ Je peux faire aussi bien que les autres si je veux
☐ Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres
25. ☐ Personne ne m'aime vraiment
☐ Je me demande si quelqu'un m'aime
☐ Je suis sûr que quelqu'un m'aime
26. ☐ Je fais généralement ce qu'on me dit
☐ La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit
☐ Je ne fais jamais ce qu'on me dit
27. ☐ Je m'entends bien avec les autres
☐ Je me bagarre souvent
☐ Je me bagarre tout le temps

RCMAS

Voici quelques phrases qui indiquent comment certaines personnes peuvent penser et se sentir à propos d'elles-mêmes. Lis chaque phrase attentivement.

- Coche le mot "OUI" si tu penses que la phrase est vraie pour toi.
- Coche le mot "NON" si tu penses que la phrase n'est pas vraie pour toi.

Réponds à chacune des questions même si pour certaines tu as de la difficulté à te décider.

- Ne cochez pas "OUI" et "NON" pour la même phrase.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Il y a seulement toi qui peut nous dire ce que tu penses et ce que tu ressens à propos de toi-même. Souviens-toi, après avoir lu chaque phrase, demande-toi "Est-ce vrai pour moi?" Si oui, cochez "OUI". Si non, cochez "Non".

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. J'ai de la difficulté à me décider | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Je deviens nerveux(se) quand les choses ne vont pas bien pour moi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Les autres semblent avoir plus de facilité à faire les choses que moi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Souvent, j'ai de la difficulté à retrouver mon souffle | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 5. Je m'inquiète souvent | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 6. J'ai peur de beaucoup de choses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 7. Je me mets en colère facilement | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 8. Je m'inquiète de ce que mes parents vont me dire | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 9. J'ai l'impression que les gens n'aiment pas ma façon de faire les choses | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 10. Le soir, j'ai de la difficulté à m'endormir | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 11. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

- | | | | |
|-----|--|------------------------------|------------------------------|
| 12. | Je me sens seul(e) même lorsqu'il y a des gens avec moi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 13. | J'ai souvent mal au ventre | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 14. | Je suis facilement blessé(e), peiné(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 15. | Mes mains sont moites (comme toujours un petit peu mouillées, humides) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 16. | Je suis très fatigué(e) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 17. | Je m'inquiète à propos de ce qui va arriver | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 18. | D'autres jeunes sont plus heureux que moi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 19. | Je fais des cauchemars | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 20. | Je suis facilement blessé(e), peiné(e) lorsque je suis mis(e) dans l'embarras | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 21. | J'ai souvent l'impression que quelqu'un va me dire que je fais les choses de la mauvaise façon | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 22. | Parfois, je me réveille en ayant peur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 23. | Je m'inquiète lorsque je me couche le soir | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 24. | J'ai de la difficulté à me concentrer sur mon travail à l'école | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 25. | Je gigote beaucoup sur ma chaise | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 26. | Je suis nerveux(se) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 27. | Plusieurs personnes sont contre moi | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 28. | Je suis souvent inquiet que quelque chose de mal m'arrive | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

EES

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

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

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Il est important que nous obtenions l'information suivante, afin de pouvoir décrire les étudiants ayant participé à la recherche. Pour chaque question **encercle et/ou complète** la réponse de façon aussi exacte que possible. Lève la main si tu as besoin d'explication.

1. Ta date de naissance : _____ (année)/_____ (mois)/_____ (jour)
2. Quel âge as-tu? _____ (ans)
3. Ton sexe? A) Féminin
 B) Masculin
4. Ton niveau de secondaire actuel : _____
5. Quelle est ta moyenne générale dans ton dernier bulletin?
 - A) De 90% à 100%
 - B) De 80% à 89%
 - C) De 70% à 79%
 - D) De 60% à 69%
 - E) Moins de 60%
6. Combien y a-t-il d'enfants dans ta famille (en te comptant) ? _____
7. Tes parents sont-ils : A) Mariés
 B) En union de fait (non mariés)
 C) Séparés ou divorcés
 D) Veuf (ve) (un des deux parents est décédé), précisez _____
 E) Célibataire
8. Avec qui demeures-tu?
 - A) Tes parents
 - B) Ta mère seulement
 - C) Ton père seulement
 - D) Ta mère et son ami ou son conjoint
 - E) Ton père et son amie ou sa conjointe
 - F) En garde partagée
 - G) En famille d'accueil
 - H) Tes grands-parents
 - I) Autres personne, précisez _____

9. Quelle est le secteur d'emploi occupé par tes parents (mère et père séparément)?
Indique par un X la catégorie professionnelle qui s'en rapproche le plus :

	Mère	Père
A) Gestion d'entreprise, services administratifs et autres	_____	_____
B) Affaires, finance et administration	_____	_____
C) Sciences naturelles et appliquées	_____	_____
D) Secteur de la santé	_____	_____
E) Sciences sociales, enseignement	_____	_____
F) Arts, culture, sports et loisirs	_____	_____
G) Ventes et service	_____	_____
H) Métiers, transport et machinerie	_____	_____
I) Professions propres au secteur primaire	_____	_____
J) Transformation, fabrication	_____	_____

10. Quel et approximativement le revenu annuel de tes parents ?

- A) Moins de 10 000\$
- B) Entre 10 000\$ et 14 999\$
- C) Entre 15 000\$ et 19 999\$
- D) Entre 20 000\$ et 24 999\$
- E) Entre 25 000\$ et 29 999\$
- F) Entre 30 000\$ et 39 999\$
- G) Entre 40 000\$ et 49 999\$
- H) 50 000\$ et plus.

**Quand tu as terminé, retourne la copie et dépose-la sur le coin de ton bureau.
MERCI POUR TA COLLABORATION!**

Appendice C
Lettre d'autorisation



1802, Avenue John-Kane
Ville de La Baie (Québec)
G7B 1K2

Téléphone:
(418) 544-2843
Télécopieur:
(418) 544-3431

Centre de formation
professionnelle La Baie

Téléphone:
(418) 544-2843 poste 249
Télécopieur:
(418) 544-2844

La Baie, le 13 janvier 2003

Madame Audrey Pelletier
Madame Claudie Émond
Département des sciences de l'éducation et de psychologie
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi (Québec)
G7H 2B1

Mesdames,

La présente atteste que la Polyvalente de La Baie accepte de collaborer au projet de recherche intitulé "Relations entre les comportements interpersonnels et des indices de santé psychologique chez des adolescents" réalisé dans le cadre de la maîtrise en psychologie à l'université du Québec à Chicoutimi de madame Audrey Pelletier. Notre participation consiste à permettre à Madame Pelletier de procéder à la passation d'un questionnaire auprès d'une cohorte d'environ 100 élèves (deux groupes en troisième secondaire, un groupe en quatrième secondaire et deux groupes en cinquième secondaire. La passation des questionnaires se déroulera à la fin du mois de janvier 2003 et en début du mois de février 2003.

Dennis Tremblay,
Directeur unité 4 – 5

Appendice D
Liste des services offerts

SERVICES OFFERTS

TU SOUHAITES CONSULTER QUELQU'UN!

Pour toi... ou pour un ou une amie, n'hésite pas!

À L'ÉCOLE : 544-2843

		POSTE
Gagnon, Claude-Michel	Psychologue	244
Bordeleau, Nellie	Stagiaire en psychologie	275
Hudon, Yves	Psychoéducateur	242
Tremblay, Guylaine	Agente de service social	243
Ostigny, Alain	Travailleur social	234
Côté, Maryse	Stagiaire en travail social	290
Chalifour, Mireille	Infirmière	235
Gilbert, Louise	Éducatrice spécialisée	241
Dahl, Christine	Travailleur(e) de milieu	540-2563
Tremblay, Gilles		

À L'EXTÉRIEUR DE L'ÉCOLE :

CLSC: 543-2221

Centre de prévention du suicide : 545-1919

SERVICE D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE :

Tél-Jeunes: 1-800-263-2266

Jeunesse-J'écoute: 1-800-668-6868



Appendice E
Formulaire de consentement des participants

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Relation entre les comportements interpersonnels et des indices en santé mentale chez des adolescents

Nous te demandons aujourd'hui de participer à une recherche sur la relation entre les comportements interpersonnels et des indices de santé psychologique chez des adolescents. Ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre de la formation de Mme Audrey Pelletier, étudiante à la maîtrise en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi. Mme Pelletier est dirigée dans ses travaux par Mme Claudie Émond P.h. D., professeurE au module de psychologie du Département des sciences de l'éducation et de la psychologie de l'UQAC. Environ 100 jeunes âgés entre 14 et 18 ans de l'École polyvalente de La Baie prendront part au projet.

Tu es entièrement libre de participer ou non à cette recherche et tu demeures libre d'arrêter d'y répondre à n'importe quel moment. En acceptant de participer, tu acceptes de répondre à un questionnaire qui te prendra entre 30 et 50 minutes.

Il est entendu que toutes tes réponses sont et demeureront anonymes et confidentielles. Le secret professionnel sera respecté par la chercheuse et aucune information permettant de t'identifier personnellement ne sortira des questionnaires. Les questionnaires et les formulaires de consentement sont identifiés par des numéros seulement. Ils seront conservés sous clé, à l'Université du Québec à Chicoutimi, dans un endroit auquel **seule la chercheuse aura accès**.

Bien qu'aucun bénéfice immédiat ne puisse découler de ta participation, ton opinion est importante pour nous aider à mieux comprendre la relation entre les comportements interpersonnels et des indices en santé mentale. Un résumé des résultats de la recherche pourra être accessible auprès de la chercheuse si tu désires plus d'informations.

Si tu acceptes de participer, **tu dois signer ce formulaire de consentement avant de répondre au questionnaire**. En tout temps, si tu as des questions, lève la main. La responsable de recherche ira te voir.

Si parfois ce questionnaire suscitait des réactions indésirables, tu es invité (e) à en discuter avec un intervenant du *Service aux étudiants* de ton école ou avec tout autre professionnel de la santé. Une liste des ressources disponibles du milieu où tu peux obtenir de l'aide se trouve annexé un questionnaire. Détache-la et **conserve-la** en cas de besoin.

Nom du participant (EN MAJUSCULE S.V.P.): _____

Signature du participant : _____ **Date :** _____

Signature du chercheur : _____ **Date :** _____

Appendice F
Matrice de corrélations et moyennes

Matrice de corrélations entre les variables (n = 136)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. AUT-P									
2. AUT-E	0,39***								
3. COMP-P	0,71***	0,39***							
4. COMP-E	0,33***	0,62***	0,51***						
5. AFF-P	0,75***	0,34***	0,75***	0,35***					
6. AFF-E	0,37***	0,71***	0,41***	0,68***	0,42***				
7. Dépression	-0,22*	-0,21*	-0,36***	-0,38***	-0,29***	-0,38***			
8. Anxiété	-0,08	-0,11	-0,12	-0,12	-0,10	-0,19*	-0,62***		
9. Estime de soi	0,16	0,06	0,34***	0,31***	0,22**	0,26**	-0,67***	-0,57***	

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

Note. Les acronymes représentent les dimensions des comportements interpersonnels :

AUT-P = Soutien à l'autonomie – perception des parents; COMP-P = Soutien à la compétence – perception des parents; AFF-P = Soutien à l'affiliation sociale – perception des parents; AUT-E = Soutien à l'autonomie – perception des enseignants; COMP-E = Soutien à la compétence – perception des enseignants; AFF-E = Soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants.

Moyennes, écart-types, minimum et maximum pour chacune des variables (n = 136)

	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	Minimum	Maximum
AUT-P	5,12	1,17	1,50	7,00
AUT-E	3,99	1,07	1,00	6,83
COMP-P	5,21	0,94	2,33	7,00
COMP-E	4,69	0,82	2,90	6,80
AFF-P	5,53	1,18	2,00	7,00
AFF-E	3,94	1,10	1,80	6,80
Dépression	1,42	0,23	1,04	2,07
Anxiété	1,36	0,19	1,00	1,81
Estime de soi	3,15	0,56	1,10	4,00

Note. Les acronymes représentent les dimensions des comportements interpersonnels :

AUT-P = Soutien à l'autonomie – perception des parents; COMP-P = Soutien à la compétence – perception des parents; AFF-P = Soutien à l'affiliation sociale – perception des parents; AUT-E = Soutien à l'autonomie – perception des enseignants; COMP-E = Soutien à la compétence – perception des enseignants; AFF-E = Soutien à l'affiliation sociale – perception des enseignants.