

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

CATHY CARRIER

CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

ET SYMPTÔMES DÉPRESSIFS CHEZ

LES ADOLESCENTES ET ADOLESCENTS

NOVEMBRE 2004

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

SOMMAIRE

L'objectif de cette étude est d'observer la relation entre la consommation de substances psychoactives et les symptômes dépressifs chez les adolescentes et adolescents. De plus, une attention particulière est portée sur l'influence de l'environnement familial et sur la perception du soutien social apporté aux jeunes.

L'étude implique 273 adolescents âgés entre 14 et 17 ans (140 adolescentes et 133 adolescents, moyenne d'âge : 15,35 ans). Deux cent trois proviennent du milieu scolaire et soixante-dix des trois Centres Jean Lapointe. Chaque sujet a complété quatre courts questionnaires sur une base volontaire. Les questionnaires utilisés sont les suivants : l'Inventaire de Dépression de Beck, la grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents, « the Family Environment Scale » (FES) ainsi que l'échelle du soutien social perçu (ESSP). Un formulaire de consentement et une feuille sur les données démographiques ont également été ajoutés.

Les résultats obtenus confirment que les filles sont plus nombreuses à présenter des symptômes dépressifs. D'un autre côté, le problème de consommation touche davantage la clientèle masculine. Pour ce qui est de la présence de la double problématique (problème de consommation et symptômes dépressifs), aucune différence significative ne se dégage entre les sexes. Pour d'autres analyses, nous avons divisé la population en quatre groupes ; soit un groupe témoin, un groupe dépressif, un groupe consommateur et un groupe présentant la double problématique.

Les résultats ont permis de confirmer que les garçons rapportent recevoir moins de soutien de leurs amis que les filles. Lorsque nous comparons les groupes, les jeunes du groupe témoin rapportent une meilleure perception du soutien de leurs pairs que ceux du groupe dépressif et ceux présentant la double problématique. Pour ce qui est de la perception du soutien familial, les adolescents du groupe dépressif et à double problématique révèlent une perception moins positive comparativement aux groupes témoin et consommateur.

Concernant l'environnement familial, les résultats démontrent seulement des différences significatives entre les groupes au niveau de la cohésion, la communication, l'organisation et les conflits. Les jeunes dépressifs rapportent moins de cohésion dans leur famille, plus de conflits et ils éprouvent un problème au niveau de l'expression de leurs opinions ou émotions ? Les jeunes présentant la double problématique arrivent aux mêmes conclusions que les jeunes dépressifs, sauf qu'ils rapportent en plus un problème d'organisation dans la famille.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, l'auteure tient à remercier sincèrement Diane Marcotte et Natacha Brunelle pour leur soutien et leur expertise dans ce travail. Merci également à Danielle Leclerc pour ses bons conseils au niveau des analyses statistiques.

Un remerciement spécial aux organismes qui m'ont accueillie, tout spécialement monsieur Luc Gervais, directeur des Centres Jean Lapointe, et aux secrétaires. De plus, merci à monsieur Éric Veilleux et à madame Agathe Gagnon pour leurs contacts avec l'école secondaire de Warwick. Les professeures qui m'ont accueillie dans le cadre de leur cours ont été aussi importantes dans la réalisation de ce travail.

Finalement, merci à tous les jeunes adolescents/es pour avoir participé à ma recherche.

Cette recherche est inscrite au programme scientifique du Centre jeunesse de Québec. Merci pour l'aide financière.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	II
Remerciements	V
Liste des tableaux	VII
Introduction	1
Contexte théorique.....	7
La consommation de substances psychoactives.....	8
Les symptômes dépressifs	17
La double problématique : consommation de drogues et symptômes dépressifs.....	22
Méthodologie	28
Résultats.....	35
Discussion	46
Conclusion	55
Références	57
Appendice A Formulaire de consentement.....	63
Appendice B Données démographiques.....	65
Appendice C Soutien social perçu (PSS).....	67
Appendice D Inventaire de dépression de Beck	73
Appendice E Grille de dépistage de consommation problématique pour adolescentes et adolescents.....	77
Appendice F Codification de la Grille de dépistage.....	80
Appendice G Family Environment Scale (FES).....	82
Appendice H Lettre de recommandation.....	86

LISTE DES TABLEAUX**Tableau**

1	Le nombre d'adolescents en milieu scolaire et dans les Centres Jean Lapointe.....	29
2	Le nombre d'adolescents dépressifs versus non-dépressifs selon le genre ...	38
3	Le nombre d'adolescents présentant un problème de consommation versus aucun problème selon le genre	38
4	Le nombre d'adolescents avec et sans double problématique (milieu scolaire et clinique) selon le genre.....	39
5	Le nombre d'adolescents dans les groupes selon le genre.....	39
6	Moyennes et écarts types des variables selon le genre et les groupes d'appartenance.....	43
7	Résultats des analyses de variance en fonction des groupes.....	44
8	Moyennes des groupes selon les variables et résultats des tests de comparaisons multiples turkey.....	45

Introduction

L'adolescence représente une étape importante dans le développement de l'individu. C'est la transition entre l'enfance et l'âge adulte. Pendant cette période, les jeunes subissent des nombreux changements autant physiques que psychologiques.

Les adolescents vivent des expériences merveilleuses comme la première relation amoureuse, le premier emploi. Par contre, il leur arrive de vivre des événements perturbants qui peuvent occasionner des problèmes. Quelques problématiques observables chez les jeunes s'avèrent être les troubles des conduites, les troubles alimentaires ou les troubles de l'humeur. Certains n'auront aucune difficulté pendant l'adolescence, alors que d'autres éprouveront un ou même plusieurs troubles à la fois.

La famille joue le rôle important du premier réseau social. Cependant, à l'adolescence, les jeunes s'éloignent tranquillement de leurs parents pour s'affilier aux pairs. Ils revendiquent une certaine autonomie tout en demeurant dépendants de leurs parents. Au contact de leurs amis, les jeunes découvrent et explorent la société. L'exploration du monde les pousse vers différentes expériences afin de se préparer pour l'âge adulte.

La consommation de substances psychoactives s'inscrit comme étant une expérience de plus en plus fréquente chez les adolescents. Les jeunes consomment leur première boisson alcoolisée, leur première cigarette, leur premier joint ainsi que les autres drogues illégales. L'initiation aux drogues débute tôt chez certains jeunes. Selon

une étude, 4,6 % des jeunes ont consommé de la drogue à l'âge de 12 ans, 8,4 % à 13 ans, 12,6 % à 14 ans, 16,8 % à 15 ans, 21,5 % à 16 ans, 29,5 % à 18 ans et 40,5 % à 21 ans (Guo, Hill, Hawkins, Catalano et Abbott, 2002). Cependant, les consommateurs ne développent pas tous des problèmes de consommation.

Autre problématique qui touche les adolescents : la dépression. Les jeunes dépressifs passent souvent inaperçus, car ils vivent dans l'isolement et ne dérangent pas. Cependant, il est important de porter une attention particulière à ces jeunes, car ils souffrent beaucoup et ils peuvent poser des gestes irréversibles.

Cette étude s'intéresse principalement à la consommation de substances psychoactives et aux symptômes dépressifs chez les adolescentes et adolescents. Selon la littérature, une multitude de facteurs d'ordre personnel, social, familial et scolaire influencent l'apparition de ces problématiques. La présence d'un facteur de risque augmente la probabilité de voir apparaître la problématique. Ces facteurs de risque peuvent s'influencer mutuellement et la présence d'un d'entre eux ne signifie pas nécessairement la présence d'une problématique.

Dans cette recherche, les facteurs sociaux et familiaux prennent. Le but est d'observer s'il existe une différence entre les jeunes qui consomment des drogues, ceux qui présentent des symptômes dépressifs et ceux qui présentent la double problématique en parallèle avec les jeunes n'ayant aucune problématique en fonction de leur perception du soutien social et de leur environnement familial.

Voici une brève description des variables à l'étude, soit la consommation de substances psychoactives, les symptômes dépressifs, le soutien social et l'environnement familial de l'adolescent.

Tout d'abord, une substance psychoactive comprend toute substance qui agissant sur le système nerveux central influence ainsi la façon dont une personne pense, se sent ou agit (Nadeau et Biron, 1998). Ceci inclut les médicaments, la nicotine, l'alcool et les drogues illégales. Cependant, dans cette étude, les substances psychoactives font référence à l'alcool et aux drogues illégales. Le repérage des sujets à risque et présentant des problèmes de consommation a été réalisé à l'aide d'un questionnaire, la Grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents et adolescentes (DEP-ADO). De ce fait, les sujets exempts de problèmes de consommation ont aussi participé à l'étude. Ce dernier groupe comprend ceux pour lesquels la consommation est nulle ou ne présente pas de problèmes majeurs.

Les symptômes dépressifs, quant à eux, font référence à un syndrome, soit un nombre de symptômes d'intensité clinique. Le syndrome dépressif ou la dépression clinique est caractérisé par la présence et l'intensité de symptômes affectifs, cognitifs, comportementaux et somatiques qui se manifestent simultanément. Il est important de le différencier de l'humeur dépressive et du trouble dépressif. L'humeur dépressive réfère à un seul critère, soit une humeur triste ou à une irritabilité, alors que le trouble dépressif correspond aux critères du DSM-IV dont il sera question ultérieurement. Les

adolescents dépressifs ont été départis des non-dépressifs à l'aide de l'Inventaire de dépression de Beck (Beck, 1978).

Un des facteurs non négligeable dans le développement du jeune est son milieu familial. L'environnement familial réfère aux relations entre les membres de la famille. L'instrument utilisé permet de mesurer les dimensions suivantes : la cohésion, l'expression, les conflits, l'organisation et le contrôle parental (Moos & Moos, 1986). La cohésion se rapporte au degré d'engagement, d'aide et de support que les membres d'une famille se témoignent. C'est le lien affectueux entre les parents et l'adolescents. L'expression correspond à l'ouverture des membres de la famille à exprimer clairement leurs opinions. Les conflits se rapportent aux nombres de confrontations colériques et agressives entre les membres. L'organisation fait référence à la planification structurée des activités et des responsabilités de chaque membre de la famille. Finalement, le contrôle se rapporte aux règles et procédures utilisées pour le bon fonctionnement de la famille.

Ensuite, le soutien social s'insère dans la lignée des facteurs étudiés. Le questionnaire utilisé, Soutien Social Perçu (ESSP), permet d'évaluer le degré de satisfaction des adolescents par rapport au soutien qu'ils perçoivent de la part de leur famille et de leurs amis. Caplan (1974) définit le soutien social comme étant une large étendue de relations significatives qui ont un impact sur le fonctionnement individuel d'une personne et plus précisément, le fonctionnement psychologique et social.

Maintenant que le sujet a été éclairé dans son ensemble, chacune des problématiques, soit la consommation de substances psychoactives, les symptômes dépressifs ainsi que la présence de la double problématique seront approfondis. Une attention particulière sera portée sur l'influence du soutien social et de l'environnement familial en ce qui concerne l'apparition de ces problématiques.

Contexte théorique

La consommation de substances psychoactives

Les drogues ont été précédemment définies comme étant toutes substances qui agissent sur le fonctionnement du système nerveux central de l'individu. Cette définition demeure assez globale. L'association américaine des psychologues fournit une définition sur la consommation des drogues.

Dans le DSM-IV, on différencie les troubles reliés à la consommation de substances en fonction d'une dépendance ou d'un abus. La dépendance à une substance s'avère un mode d'utilisation inadapté conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins trois manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :

- La tolérance est définie par l'un des symptômes suivants : besoin d'une quantité notablement plus forte de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou avoir un effet notablement diminué lorsqu'il continue d'utiliser la même quantité de substance.
- Le sevrage est caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou la même substance est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

- L'individu a un désir persistant ou fait des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
- Il passe beaucoup de temps à des activités nécessaires pour obtenir la substance, à utiliser le produit, ou à récupérer de ses effets.
- Ses activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
- L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

L'abus de substance, quant à elle, constitue un mode d'utilisation inadéquat conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

- L'utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
- L'utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
- L'individu a des problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance.

- Il poursuit l'utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance.

Cependant, les symptômes liés à l'abus de substance n'atteignent jamais les critères de la dépendance.

Dans cette recherche, la consommation de substances psychoactives fait référence à une consommation problématique. C'est-à-dire que la consommation est régulière (consomme au moins une drogue par semaine pendant un mois) et qu'elle entraîne le sujet dans des positions dangereuses pour lui et/ou pour les autres. L'accent n'est donc pas mis sur la dépendance ou l'abus du consommateur.

La consommation de drogues est un phénomène qui prend de plus en plus d'ampleur. Au Québec, la consommation d'alcool et de marijuana a augmenté de manière significative entre 1992 et 1998 chez les jeunes. L'augmentation d'alcool semble reposer sur les jeunes de 15-19 ans. Une absence d'augmentation de consommation d'alcool chez les jeunes de 20-24 ans se fait remarquer. Pour ce qui est du nombre de consommation de la marijuana chez l'ensemble des jeunes, elle a presque doublé, passant de 15 % à 25,9 %. L'accroissement du nombre de jeunes qui consomment de la marijuana est responsable, presque à elle seule, de l'augmentation du nombre de consommateurs de drogues en général (Vitaro, Gosselin & Girard, 2002).

Comme nous pouvons le constater, la consommation de substances psychoactives apparaît de plus en plus chez les jeunes adolescents. Cependant, la majorité des adolescents expérimentent plusieurs types de substances mais, en général, ils n'en abusent pas (Zucker, 1978, voir Vitaro et Carbonneau, 2000). L'étude de Guyon et Desjardins (2002) confirme ces propos. Dans une école secondaire, 82 % des adolescents ne consomment pas ou ils représentent des consommateurs expérimentaux ou occasionnels. Plus précisément, environ deux élèves sur cinq ont déclaré avoir pris du cannabis au cours de la dernière année. La moitié d'entre eux en consomment peu ; 7 % sont des expérimentateurs, c'est-à-dire qu'ils en ont consommé une fois pour essayer, et 14 % sont des consommateurs occasionnels (une fois par mois ou moins). Toutefois, près de 20 % des élèves du secondaire consomment fréquemment du cannabis. Ils ont également observé que le taux de consommateurs augmente au fil du secondaire 1 à 5.

Une enquête menée auprès de 1600 jeunes au Québec (Zoccolillo, Vitaro et Tremblay, 1999) arrive aux résultats suivants. Au Québec, environ 80% des jeunes âgés de 15 et 16 ans ont déjà consommé de l'alcool et près du deux tiers en ont consommé à plus de cinq reprises. De plus, un tiers de ces jeunes ont également consommé d'autres drogues à au moins cinq reprises. De surcroît, à partir de l'échantillon des consommateurs, ils ont établi un inventaire des drogues consommées. Les plus populaires s'avèrent la marijuana (près de 50 % l'ont déjà essayée), les hallucinogènes (environ 20 %), les amphétamines et les inhalants (5 %), la cocaïne (3,5

%), les tranquillisants (3 %), les opiacés (1,5 %), l'héroïne (0,3 %) et les stéroïdes (0,2%).

Cette dernière étude ainsi que celle de Scheer et Unger (1998) n'établissent pas de différences significatives entre la consommation des garçons et des filles. Cependant, plusieurs autres études arrivent à des conclusions inverses. Les garçons seraient plus nombreux à consommer de l'alcool et du cannabis que les filles (Anderson et Henry, 1994; Foxcroft et Lowe, 1995; Guyon et Desjardins, 2002). Selon Guyon et Desjardins (2002), la consommation à risque et problématique touche davantage les garçons. Donc, en plus de consommer davantage que les filles, les garçons éprouvent plus de problèmes à ce niveau.

L'environnement du jeune constitue un facteur pouvant influencer la consommation de substances psychoactives chez les adolescents. Une étude réalisée par Cloutier, Champoux, Jacques et Lancop (1994) auprès de jeunes adolescents dans les Centres jeunesse au Québec et dans le milieu scolaire retirent des divergences concernant les milieux. La proportion de consommateurs réguliers d'alcool et de drogues est plus élevée parmi les jeunes en Centres jeunesse que parmi les élèves des écoles secondaires. De surcroît, la clientèle des Centres jeunesse accuse une consommation plus précoce. En fait, ils sont deux fois plus nombreux à consommer des substances psychoactives à l'âge de treize ans que les élèves des écoles secondaires. L'écart entre les deux populations se maintient jusqu'à la fin du secondaire.

Environnement familial

Selon Girard et Taddeo (1997), certains problèmes familiaux prédisposent le jeune à la consommation de drogues. Tout d'abord, l'alcoolisme ou l'usage de drogues par les membres de la famille, l'attitude parentale permissive face à la consommation d'alcool ou de drogues par l'adolescent, la participation de l'adolescent à la consommation des parents, l'achat d'alcool par les parents, les conflits parents-adolescents ou entre les parents, un faible lien affectif entre l'enfant et ses parents, l'absence d'encadrement et une mauvaise supervision parentale, l'absence de rétroaction positive, la présence importante de rétroaction négative ou une rétroaction inconstante, la violence physique ou sexuelle.

Tous ces facteurs augmentent le risque que le jeune développe une consommation inappropriée. D'autres facteurs familiaux sont en relation étroite avec la consommation de drogues tels des pratiques disciplinaires inadéquates (Blackson, 1994), un style parental permissif (Jewell et Stark, 2003) et une communication faible entre les membres (Anderson et Henry, 1994; Jewell et Stark, 2003). En outre, la consommation des parents entretient une relation positive avec la consommation du jeune (Anderson et Henry, 1994; Stephenson, Henry et Robinson, 1996). Dans le même ordre d'idée, Cohen et Rice (1997) observent que les styles disciplinaires autoritaire et permissif, le manque de supervision parentale ou les difficultés de communication entre l'adolescent et le parent sont associés à la consommation abusive des psychotropes chez les jeunes (voir Vitaro et Gagnon, 2000).

Patton (1995), dans une recension des études, ressort plusieurs caractéristiques qui prédisposent l'individu à l'abus d'alcool seulement. Parmi elles, l'absence d'habiletés sociales, la délinquance, les conflits au sein de la famille, les pratiques parentales inadéquates, la détresse psychologique. La recherche de Gosselin, Larocque, Vitaro et Gagnon (2000) arrive à des résultats semblables, soit que l'inadaptation scolaire, la délinquance grave, le manque de supervision parentale et le vandalisme sont associées à la consommation d'alcool chez l'adolescent.

Certains aspects de l'environnement familial peuvent aussi être des facteurs de protection. Autrement dit, ils diminuent les risques que le jeune développe une consommation problématique. Une recherche portant sur le niveau de consommation de substances psychoactives et l'environnement familial obtient comme résultat que les abstinents disent avoir une meilleure cohésion familiale, vivent moins de conflits et ont une bonne organisation du système familial que ceux qui consomment régulièrement (Sylvain, 1989). D'autres recherches ont également observé des facteurs de protection à propos de l'environnement. Les règles claires, les rôles bien définis, la discipline, la cohérence ainsi que les relations affectives et supportantes de la part des parents diminuent les risques que le jeune consomme des drogues. (Anderson et Henry, 1994; Guo et al., 2002; Stephenson et al., 1996).

Les facteurs ont un impact différent sur chaque individu. De plus, certains provoquent un effet plus grand chez les filles que chez les garçons et vice versa. Les garçons qui perçoivent un manque de supervision parentale et qui accordent peu

d'importance aux qualités morales ont une probabilité plus élevée de consommer de la drogue. Pour les filles, ce sont l'inadaptation scolaire et la perception de ne pas avoir de bonnes relations avec les parents qui augmentent les risques qu'elles consomment (Gosselin et al., 2000).

Soutien social

Comme dit précédemment, le soutien parental est en relation avec la consommation de substances psychoactives (Anderson et Henry, 1994; Guo et al., 2002). Les adolescents qui perçoivent un soutien adéquat de la part des parents consomment moins que les insatisfaits du soutien familial.

Néanmoins, à l'adolescence, la relation avec les pairs s'accroît pendant que celle avec les parents diminue. La recherche de Piko (2000) compare la perception du soutien social des parents et celle des pairs au point de vue de la consommation de drogues. Il arrive à la conclusion qu'une faible satisfaction du soutien parental prédit la consommation alors que le soutien des amis ne la prédit pas. De plus, il obtient comme résultat que le support de la part de la mère et des amis n'était pas un facteur déterminant, mais le mécontentement envers le support paternel augmente la possibilité de consommer toutes les substances nuisibles.

Cependant, les jeunes qui consomment sentent souvent une pression de la part de leurs amis (Aseltine, Gore & Colten, 1998). Souvent, le groupe de pairs influence la consommation. Selon Hussong (2002), les meilleurs amis ont moins d'effet sur la

consommation que les groupes de jeunes. Cependant, le meilleur ami jouerait un rôle de modérateur sur la consommation.

Donc, ce n'est pas la perception du soutien des amis qui influence la consommation du jeune, mais le comportement de ceux-ci. Lorsqu'ils adoptent des comportements antisociaux, ceci augmente les risques d'initiation à la drogue. Contrairement à cela, les bonnes actions sociales diminuent les risques de consommation de drogues illégales (Guo et al., 2002).

En bref, les facteurs familiaux nommés précédemment qui prédisposent le jeune à consommer des substances psychoactives et qui sont pertinents pour cette étude sont les conflits (Girard et Taddeo, 1997; Guo et al., 2002), le manque de liens affectifs entre les membres de la famille et le faible support que les parents donnent à leurs enfants (Anderson et Henry, 1994 ; Girard et Taddeo , 1997; Guo et al., 2002). Pour ce qui est des pairs, c'est principalement le comportement de ceux-ci et non la perception de leur soutien qui influence la consommation du jeune (Guo et al.,2002; Hussong, 2002).

Les symptômes dépressifs

Cette étude porte sur le syndrome dépressif ou une dépression clinique qui est caractérisée par une présence et une intensité moindre de symptômes qu'une dépression majeure, cependant les symptômes sont assez importants pour qu'il y ait lieu d'intervenir. La différence avec le diagnostic de dépression majeure se situe sur l'évaluation de cinq critères précis sur neuf et sur l'évaluation de la durée (au moins deux semaines) des symptômes. Voici la définition de la dépression majeure par l'Association américaine des psychologues.

Dans le DSM-IV (1994), la caractéristique essentielle de la dépression majeure est l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités persistant au moins deux semaines. Chez les enfants ou adolescents, l'humeur peut être plutôt irritable que triste. De plus, le sujet doit présenter au moins quatre des critères suivants :

- Une perte ou un gain de poids ou l'échec à prendre le poids prévu selon l'âge chez les enfants et les adolescents,
- L'insomnie ou l'hypersomnie,
- L'agitation ou le retard psychomoteur,
- La fatigue ou la réduction d'énergie,
- Sentiment de culpabilité ou dévalorisation,
- Des difficultés à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions,

- Des idées de mort récurrentes, des idées suicidaires, des plans ou tentative de suicide.

Certains symptômes comme les plaintes somatiques, l'irritabilité ou le retrait social sont particulièrement courants chez les enfants alors que le ralentissement psychomoteur, l'hypersomnie, les idées délirantes semblent surtout associés à l'adolescence.

Cette problématique est rencontrée assez fréquemment chez les adolescents/es. Les symptômes dépressifs augmentent beaucoup de l'enfance à l'adolescence. Vers les âges de 13 et 15 ans, on remarque une hausse importante de jeunes dépressifs, hausse qui se poursuit jusqu'à 17 et 18 ans pour se stabiliser au stade adulte (Marcotte, 1995). Pendant l'enfance, il y a peu de différence entre les garçons et les filles, les garçons seraient même plus nombreux que les filles à être dépressifs. Cependant, les filles deviennent plus déprimées à l'arrivée de l'adolescence dans un ratio de deux pour une, le même ratio s'appliquant aux adultes (Trudeau, 1998).

Plusieurs recherches confirment que les filles présentent plus de symptômes dépressifs que les garçons (Dal Ferro, 2000 ; Vendette, 1998). De plus, les adolescents et les adultes du sexe féminin présentent deux fois plus le trouble dépressif majeur que ceux du sexe opposé (DSM-IV, 1994).

Selon une étude, 20 à 35 % des garçons et 25 à 40 % des filles rapportent la présence d'une humeur dépressive à l'adolescence (Peterson et al., 1993 voir Marcotte,

1995). Au Québec, une étude réalisée par Baron (1993) conclue un taux variant entre 6,43 et 26 % de jeunes de la population de l'Outaouais qui présentent des symptômes dépressifs. L'étude de Bergeron, Valla et Breton (1992) obtient, chez les enfants et adolescents québécois, un taux de 4,2 % de jeunes présentant un trouble de dépression majeure. Cependant, le taux peut augmenter jusqu'à 42 % lorsqu'il provient d'une population clinique (cité par Marcotte, 1995).

Selon une Enquête de Santé Québec (1998), environ 20 % de la population cote un indice de détresse psychologique. L'indice de détresse psychologique fait principalement référence aux symptômes dépressifs et d'anxiété. En général, ce sont les femmes et les jeunes de 15 à 24 ans qui rapportent un plus haut taux de détresse.

Environnement familial

Les adolescents présentant des symptômes dépressifs sont influencés par des facteurs d'ordre familial et autres. Une recherche portant sur l'environnement familial et la dépression a révélé que les variables de cohésion et de conflit affectent le vécu dépressif chez les filles et les garçons (Dal Ferro, 2000). Donc, les jeunes dépressifs disent percevoir une moins grande cohésion entre les membres de leur famille et vivre plus de conflits familiaux que les jeunes non-dépressifs.

Dans un autre ordre d'idées, une bonne cohésion dans la famille peut être un facteur de protection contre la dépression (Marcotte, 1999). Lorsque les membres s'entraident et se soutiennent, la probabilité de dépression est moindre. Alors, la

cohésion entre les membres de la famille serait une variable importante dans la prédition des symptômes dépressifs.

Les adultes dépressifs rapportent une relation difficile avec leurs parents pendant l'enfance. Ils décrivent leurs parents comme plus négligeants, plus contrôlants et faisant preuve d'un attachement hostile. Les jeunes dépressifs perçoivent aussi leurs parents comme autocratiques et contrôlants (Marcotte, 1999). Aussi, les dépressifs disent se sentir empêtrés par leurs parents (Jewell et Stark, 2003).

Donc, certaines dimensions de l'environnement familial influencent la présence des symptômes dépressifs. Selon Sheeber, Hops, Alpert, Davis et Andrews (1997), la qualité des interactions entre les membres de la famille affecte le développement des symptômes dépressifs. Ils observent qu'un faible support familial combiné aux conflits sont associés à l'augmentation des symptômes dépressifs.

Soutien social

Une étude de Vendette (2000) démontre l'importance de la perception du soutien social offert par les amis et la famille comme moyen de contrer la présence de symptômes dépressifs chez les filles et les garçons. Les résultats montrent que la perception du soutien social des pairs et de la famille prédit la présence de symptômes dépressifs. Les jeunes dépressifs perçoivent un plus faible soutien de la part de leurs parents et amis comparativement aux jeunes non-dépressifs.

Une autre recherche confirme que les adolescents dépressifs disent recevoir peu de soutien de la part de leurs amis comparativement aux non-dépressifs (Aseltine et al., 1998). Les résultats de Wong et Wiest (1999), quant à eux, indiquent que les adolescents jamais déprimés perçoivent plus de support (autonomie) de la part de leur parent et de leurs pairs que ceux se disant toujours ou souvent dépressifs.

Les études arrivent toutes à la même conclusion, le soutien social des pairs et des parents a un effet sur la présence des symptômes dépressifs. Une étude de Urek et Demir (2003) compare l'influence du soutien des pairs avec celui des parents. Cependant, ils observent l'influence du soutien social sur la solitude du jeune. Ils obtiennent comme résultat que la variable des relations amicales compte pour 35 % de la variance de la solitude, alors la famille compte seulement pour 15 % de la variance. Dans cette étude, le soutien des amis explique davantage la solitude que le soutien familial.

Enfin, les facteurs familiaux, pertinent pour cette étude, qui prédisposent à la présence de symptômes dépressifs sont la cohésion, le conflit, le sentiment de rejet et les parents trop contrôlants. De plus, la perception du soutien social, autant celle des pairs que des parents, affecte la présence des symptômes dépressifs.

La double problématique : consommation de drogues et symptômes dépressifs

Il n'est pas rare de retrouver chez une même personne plus d'une problématique à la fois. Par exemple, toxicomanie et dépression, trouble de la personnalité et toxicomanie, trouble de la conduite et toxicomanie, délinquance et toxicomanie, trouble de personnalité et dépression (Aseltine et al., 1998; Henry & al., 1993; Jewell & Stark, 2003; Rao & al., 1999).

Au Québec, on estime que du tiers à la moitié de la clientèle en milieu psychiatrique présentera un problème de consommation et que la moitié aux deux tiers de la clientèle en traitement pour un problème de consommation de psychotropes présentera un trouble mental (Morin, Gagné & Vincent, 2000). Selon ces auteurs, les gens qui souffrent d'une dépression majeure ont 1,9 fois plus de risques de présenter un problème de consommation. Une étude de Kessler et ses collaborateurs (1996) arrive aux résultats que le trouble mental est associé aux troubles liés aux substances psychoactives plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes. Cette étude observe que chez les adolescents présentant un abus de drogues, 11 % a vécu au moins un épisode de dépression. Alors que chez les adolescents qui présentent une dépendance aux drogues, 28 % a vécu un épisode dépressif (Kessler et al., 1996).

Vitaro et al. (1999) ont conduit une étude sur la comorbidité entre trois types de problèmes d'adaptation à l'adolescence selon le genre. Les problèmes d'adaptation constituent la consommation de psychotropes, le problème de comportement et le

trouble dépressif. Ils ont obtenu comme résultat que trois fois plus de consommateurs de substances éprouvent un problème de comportement et/ou un trouble dépressif que les non-consommateurs. Les filles présentent deux fois plus une triple problématique que les garçons. De plus, le nombre de filles éprouvent un trouble dépressif ou un problème de consommation et un trouble dépressif est plus élevé. Les garçons s'inscrivent en plus grand nombre dans la lignée des problèmes de consommation unique ou accompagnés de problèmes de comportement.

La présence simultanée de deux problématiques chez une même personne est de plus en plus étudiée. Cette concomitance augmente la complexité des interventions et de leur compréhension. Certaines théories expliquent le lien entre ces variables (symptômes dépressifs et consommation de substances psychoactives). Il y a quatre façons : la consommation de drogue précède les symptômes dépressifs (ces derniers seraient les effets de la consommation); les symptômes dépressifs précèdent la consommation de drogues (les dépressifs consomment pour diminuer leurs symptômes), les deux problématiques sont présentes sans avoir de lien; ou finalement, ils ont en commun des facteurs de risques (Ménard, 2000). Cette recherche porte sur la présence de facteurs communs à ces deux problématiques, symptômes dépressifs et consommations de substances psychoactives, et non sur leur relation mutuelle. Ménard (2000) ressort de la littérature que le stress, les capacités d'adaptation, le dysfonctionnement familial, les problèmes relationnels, l'impulsivité, le soutien social et de faibles habiletés sociales sont des facteurs associés aux deux problématiques.

L'apparition de ces problématiques est étudiée par plusieurs auteurs. Les résultats diffèrent selon les recherches. Henry et ses collaborateurs (1993) obtiennent comme résultats que les problèmes de conduite et les symptômes dépressifs augmentent le risque de développer un problème de consommation de drogues. Les jeunes dépressifs sont plus à risque de développer un problème de consommation (Rao et al, 1999). Selon Diego, Field et Sanders (2003), une faible performance académique, la popularité à l'école et les symptômes dépressifs augmentent la possibilité que l'adolescent consomme de l'alcool et de la marijuana. Les épisodes dépressifs majeurs chez les adolescents sont fréquemment associés aux comportements perturbateurs, au déficit de l'attention/hyperactivité, aux troubles anxieux, aux troubles liés à une substance et aux troubles alimentaires (DSM-IV, 1994). Certains troubles psychopathologiques comme le trouble des conduites, le trouble oppositionnel avec provocation, le déficit de l'attention/hyperactivité et la consommation d'alcool (abus ou dépendance) et d'autres drogues sont associés à la dépression (Bird et al., 1993; Chabrol, 1991; Cohen et al., 1993; Voir Habimana et al., 1999).

Des recherches montrent que les jeunes qui présentent une double problématique (toxicomanie et dépression, toxicomanie et trouble des conduites, toxicomanie et jeux de hasard) se distinguent de ceux qui n'en ont qu'une quant à leurs caractéristiques personnelles (au niveau de l'impulsivité et agressivité), familiales (faible soutien) ou à leurs groupes de pairs (exposition à des amis déviants, forte susceptibilité à l'influence des paires). Les jeunes présentant plus d'un trouble ont un

environnement plus dysfonctionnel et perturbé que ceux n'ayant aucune problématique ou qui en présentent qu'une (Aseltine et al, 1998).

Environnement familial

Certaines caractéristiques de l'environnement familial sont liées tant à la consommation de drogues qu'aux symptômes dépressifs. À partir des recherches vues précédemment, nous avons observé que les conflits, la cohésion, le style parental sont en relation avec la présence de symptômes dépressifs ou d'un problème de consommation (Anderson et Henry, 1994; Girard et Taddeo, 1997; Guo et al., 2002; Marcotte, 1999).

Cependant, les études sont peu nombreuses concernant les facteurs d'ordre familial communs aux deux problématiques.

Soutien social

Une recherche obtient comme facteur commun des symptômes dépressifs et de la consommation de drogues : le soutien social. Selon cette étude, les jeunes qui ont une relation négative avec leurs parents et ne se sentent pas soutenu par eux présentent des signes dépressifs et/ou un problème de consommation (Aseltine et al., 1998).

Lorsqu'on compare le soutien de la famille et des pairs en relation avec les problématiques, on observe que la consommation de drogues entre seulement en relation avec la perception du soutien familial (Anderson et Henry, 1994 ; Guo et al.,

2002). En ce qui concerne les symptômes dépressifs, le soutien des pairs agit aussi considérablement que celui des parents (Aseltine et al., 1998; Vendette, 2000).

Objectif de recherche et hypothèses

Comme mentionné précédemment, le but de cette recherche est d'observer la relation entre la consommation de substances psychoactives et les symptômes dépressifs chez les adolescentes et adolescents. De plus, il importe de se concentrer sur l'influence de l'environnement familial et de la perception du soutien social sur les problématiques étudiées.

Voici les hypothèses en lien avec l'étude :

1. Les filles sont plus nombreuses à être dépressives que les garçons.
2. Les garçons sont plus nombreux que les filles à présenter seulement un problème de consommation.
3. La concomitance, donc la présence d'un problème de consommation et de symptômes dépressifs, touche davantage les filles.
4. Les jeunes adolescents présentant des symptômes dépressifs perçoivent un soutien social des pairs moins positif que les jeunes qui ont une double problématique ou un problème de consommation uniquement.
5. Les adolescents qui présentent une double problématique (problème de consommation et symptômes dépressifs) souffrent davantage de problèmes familiaux (environnement familial et soutien familial) que les sujets qui ne présentent aucune problématique et que ceux qui ne présentent qu'une seule problématique, soit un problème de consommation ou des symptômes dépressifs.

Méthodologie

Participants

Deux cent soixante-quinze adolescents/es âgés entre 14 et 18 ans ont participé à cette étude. Deux adolescents âgés de 18 ans ont été retirés de l'échantillon. Donc, l'échantillon comprend 273 participants (140 adolescentes et 133 adolescents, moyenne d'âge : 15,35 ans). Deux cent trois jeunes proviennent du milieu scolaire et soixante-dix jeunes proviennent des Centres Jean Lapointe pour adolescents/es de Québec, de Montréal et de St-Célestin. Le tableau 1 présente le nombre d'adolescents/es selon leur âge et leur genre en fonction de leur milieu.

Tableau 1

Le nombre d'adolescents en milieu scolaire et dans les Centres Jean Lapointe

	<u>Âge</u>										Total	
	14 ans		15 ans		16 ans		17 ans					
	MS	CJL	MS	CJL	MS	CJL	MS	CJL				
Garçons	15	7	40	15	35	8	4	9			133	
Filles	25	8	31	12	49	7	4	4			140	
Total	40	15	71	27	84	15	8	13			273	

MS = Milieu scolaire

CJL = Centre Jean Lapointe

Déroulement

La participation des sujets s'est faite sur une base volontaire. Les participants ont complété les questionnaires en groupes sous forme auto-administrée assistée. Le consentement a été recueilli par écrit auprès de chaque participant. Comme les jeunes sont âgés de 14 ans et plus, l'accord des parents ne fut pas nécessaire. Le formulaire de consentement est présenté dans l'appendice A. Les participants ont également complété une feuille portant sur les données démographiques (appendice B).

En milieu scolaire, les rencontres se sont déroulées dans le cadre d'une période de cours régulier d'une durée approximative de cinquante minutes. L'administration des questionnaires s'est produite en automne 2001 sur une période de deux semaines. Neuf groupes d'élèves ont été rencontrés soit trois groupes de chaque niveau (troisième, quatrième et cinquième secondaire). Le nombre d'élèves par niveau est de 57 en troisième secondaire, 80 en quatrième secondaire et 68 en cinquième secondaire, ce qui égale 205 adolescents. De ce nombre, deux élèves ont été retirés, car ils étaient âgés de 18 ans. Lors des rencontres, tous les jeunes ont accepté de participer à la recherche.

À la suite du suicide d'un jeune du milieu, nous avons reçu une demande de la psychologue de l'école visant à obtenir le nom de tous les jeunes présentant des symptômes dépressifs. Afin de respecter la confidentialité, nous avons accepté uniquement d'ajouter une feuille supplémentaire aux questionnaires. Il s'agissait d'une

lettre de référence pour consulter un professionnel ou un adulte si le jeune se sentait déprimé (voir appendice H).

Pour les jeunes des Centres Jean Lapointe, la cueillette des données s'est faite sur une année, d'octobre 2001 à juillet 2002. Les jeunes toxicomanes ont été rencontrés dans les deux premières semaines de leur traitement afin de contrôler l'effet de l'intervention reçue. Les rencontres avaient lieu le matin lors des heures scolaires. Les jeunes étaient rencontrés chaque fois en groupe de trois à six dans un local approprié. La majorité a accepté de participer à la recherche. Cependant, le taux de participation s'avérait plus faible au Centre Jean Lapointe de Montréal. La demande de participation était faite par un ou une intervenante des Centres.

Instruments de mesure

L'Inventaire de Dépression de Beck (IDB)

Les symptômes dépressifs ont été mesurés à l'aide de la version française du IDB, soit l'Inventaire de dépression de Beck, qui a été validé par Bourque et Beaudette (1982). Dans leur étude, cet instrument présente une consistance interne (.92) et une fidélité test-retest satisfaisantes. Le questionnaire est composé de vingt et un items cotés selon une échelle graduée de zéro à trois. Le score total est de soixante-trois. Cependant, un pointage de coupure de seize permet de déterminer la présence ou l'absence d'une dépression clinique. Ce questionnaire est présenté à l'appendice D.

Dans cette recherche, les personnes non-dépressives doivent avoir un score inférieur ou égal à neuf et les jeunes dépressifs ont un score égal ou supérieur à seize. Cette façon de faire élimine cinquante adolescents qui ne correspondent pas aux groupes dépressif et non-dépressif.

Grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents et adolescentes.

La grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents et adolescentes (Germain, Guyon et Landry, 2000) est construite à partir du Questionnaire de l'indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents (IGT-Adolescents) (Germain, Landry et Bergeron, 1999). Ce dernier a été mis au point par un groupe de chercheurs du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec) afin d'évaluer systématiquement les jeunes présentant un problème de consommation d'une substance psychoactive. Ce questionnaire présente une bonne validité psychométrique (Guyon, Landry et Desjardins, 1999).

Les éléments sélectionnés pour élaborer les huit questions de la grille représentent ceux qui se retrouvent le plus souvent associés à des problèmes importants de toxicomanie. Les questions touchent la consommation des diverses substances au cours des douze derniers mois et des derniers trente jours, l'âge au début de la consommation régulière, l'injection de substances ainsi qu'un certain nombre de méfaits associés à la consommation. Une question portant sur l'usage du tabac a été ajoutée, elle n'est cependant pas prise en compte dans le calcul du score.

La somme des scores, calculée à partir de la pondération des questions (voir à l'appendice F), permet de classer le comportement du jeune en ce qui a trait à sa consommation selon trois catégories. Premièrement, le feu vert est donné lorsque le jeune obtient un score de huit et moins. À ce niveau, les adolescents ne présentent aucun problème évident de consommation. Le feu jaune correspond aux jeunes ayant un score entre neuf et seize. Dans ce groupe, les jeunes sont à risque de développer un problème de consommation. Enfin, le feu rouge inclus les jeunes qui ont un problème de consommation et ils cotent dix-sept ou plus au questionnaire. Dans cette étude, les jeunes à risque (feu jaune) font partie du groupe de sujets qui ont un problème de consommation et qui présentent la double problématique.

Cette grille de dépistage fait présentement l'objet d'une démarche de validation et demeure à ce jour le seul outil de dépistage utilisé au Québec (Germain, Guyon & Landry, 2000) (voir à l'appendice E).

Family Environment Scale (FES)

L'environnement familial est évalué à partir du questionnaire « Family Environment Scale » (FES) (Moos, 1974 ; Moos & Moos, 1986). Ce questionnaire comportait à l'origine quatre-vingt-dix questions vrai ou faux, réparties en dix sous-échelles (neuf questions par sous-échelles). Dans le cadre de cette étude, la version abrégée a été utilisée (Moos & Trickett, 1987). Elle comprend quarante-cinq questions vrai ou faux et comporte cinq sous-échelles, soit la dimension de cohésion,

d'expression, de conflits, d'organisation et de contrôle. La consistance interne est satisfaisante (alpha de Cronbach allant de 0,67 à 0,78) (Moos & Moos, 1986). La version française ici utilisée a été élaborée par l'équipe de recherche en intervention Psycho-Éducative (1989) (Appendice G).

Un questionnaire incomplet du FES a été retiré de l'étude (plus de 50 % des réponses manquantes). Donc, les résultats des analyses concernant la variable de l'environnement familial ont été calculés pour deux cent quatorze jeunes plutôt que deux cent quinze, tout comme la variable du soutien social.

Soutien Social Perçu (PSS)

L'Échelle de Soutien Social Perçu (ESSP) est la traduction française du « Perceived Social Support from Friends and from Family » (PSS) (Procidano & Heller, 1983). Cet instrument évalue la perception du sujet en matière du soutien social que le jeune reçoit de sa famille et de son groupe de pairs. De plus, il permet à l'individu d'évaluer si le soutien, l'information et les conseils reçus de son réseau social s'avèrent satisfaisants. Les coefficients de consistance interne du PSS-fr et du PSS-fa sont respectivement de 0,88 et 0,90. Il s'agit de deux questionnaires contenant chacun vingt questions pour lesquelles les réponses varient selon une échelle de type Likert (tout-à-fait vrai, assez vrai, un peu vrai, un peu faux, assez faux et tout-à-fait faux). La traduction française a été élaborée par Marcotte et Sicotte (1995). (Appendice C)

Résultats

Analyse des données

Les trois premières hypothèses ont été vérifiées à partir de la population globale. Ces hypothèses comparent chaque problématique (problème de consommation, symptômes dépressifs) selon le genre. Pour la première hypothèse, les jeunes dépressifs sont ceux qui obtiennent 16 ou plus à l'Inventaire de dépression de Beck, alors que les non-dépressifs obtiennent un score inférieur ou égal à neuf. De ce fait, 50 adolescents ne font pas partie de l'échantillon, car ils cotent entre 9 et 16 (voir le tableau 2). Pour la seconde hypothèse, le groupe de consommateurs comprend tous les jeunes présentant un risque de développer un problème de consommation de drogue ou qui ont actuellement un problème de consommation. Ils sont comparés avec les jeunes sans problème de consommation, c'est-à-dire qui ne consomment pas ou dont la consommation n'est pas problématique (voir le tableau 3). Enfin, la troisième hypothèse compare les jeunes qui présentent la double problématique, soit ceux présentant un problème de consommation et présentant des symptômes dépressifs, à tous les autres jeunes (voir le tableau 4).

Pour vérifier les hypothèse 4 et 5, l'échantillon a été divisé en quatre groupes, soit un groupe sans problématique qu'on appelle le groupe témoin, un groupe présentant un problème de consommation, un groupe dépressif et un groupe présentant la double problématique (problème de consommation et dépressifs). Le tableau 5 indique le nombre de jeunes par groupe en fonction du genre.

Les groupes témoin et dépressif ont été formés exclusivement à partir de la population du milieu scolaire. Le groupe consommateur, composé de sujets qui présentent un problème de consommation de drogues, provient des deux milieux. Le milieu scolaire ne compte que huit jeunes ayant la double problématique. Ainsi, le groupe à double problématique est formé uniquement à partir de la clientèle du milieu clinique. Donc, cinquante-huit adolescents se trouvent exclus des groupes. Ces derniers proviennent des Centres Jean Lapointe (15 sujets) et du milieu scolaire (43 sujets). Ce sont les jeunes du milieu scolaire qui présentent la double problématique ainsi que les jeunes qui cotent, dans le questionnaire l'Inventaire de dépression de Beck, entre neuf et seize.

Des chi-carrés ont permis de comparer l'incidence des problématiques selon le genre. Des analyses de variance et des analyses de comparaison de type turkey ont permis de comparer le genre et les groupes (témoin, dépressif, consommateur et double problématique) sur les variables de l'environnement familial et de la perception du soutien social.

Présentation des résultats

Les résultats des analyses révèlent des différences entre les filles et les garçons sur l'ensemble des mesures observées. Les tableaux 2, 3 et 4 affichent les résultats suivants : les filles vivent plus de sentiments dépressifs que les garçons (\bar{x} (1,223) = 6.08, $p < 0.05$). Ce résultat vient supporter notre hypothèse no.1. Les garçons, de leur

côté, sont plus nombreux à présenter uniquement un problème de consommation que les filles ($\chi^2 (1,273)=8.63$, $p< 0.01$). Ce résultat vient supporter notre hypothèse no.2. Toutefois, les résultats ne démontrent pas de différences significatives entre le genre pour la double problématique, soit les symptômes dépressifs et un problème de consommation ($\chi^2 (1,273) = 0.68$, n/s), ceci malgré que le taux de fréquences obtenus sont assez différents pour les filles (n=32) et les garçons (n=25). Ce dernier résultat ne permet pas de confirmer notre 3^e hypothèse.

Tableau 2

Le nombre d'adolescents dépressifs versus non-dépressifs selon le genre.

Sexe / groupe	Non-Dépressif	Dépressif	Total (%)
Garçons	79	29	108
	35,4 %	13 %	48,4 %
Filles	66	49	115
	29,6 %	22 %	51,6 %
Total	145	78	223
(%)	65 %	35 %	100 %

Nb de sujets non-assignés : 50

Tableau 3

Le nombre d'adolescents présentant un problème de consommation versus aucun problème selon le genre.

Sexe / groupe	Non-consommateurs	Consommateurs	Total (%)
Garçons	62	71	133
	22,7 %	26,0 %	48,7 %
Filles	90	50	140
	33,0 %	18,3 %	51,3 %
Total	152	121	273
(%)	55,7 %	44,3 %	100 %

Tableau 4

Le nombre d'adolescents avec et sans double problématique (milieu scolaire et clinique) selon le genre.

Sexe / groupe	Sans la double problématique	Avec la double Problématique	Total (%)
Garçons	108 39,6 %	25 9,2 %	133 48,7 %
Filles	108 39,6 %	32 11,7 %	140 51,3 %
Total (%)	216 79,1 %	57 20,9 %	273 100 %

Tableau 5

Le nombre d'adolescents dans les groupes selon le genre.

Sexe /groupe	Témoin	Dépressif	Consommateur	Double Problématique	Total
Garçons	53	4	26	20	103
Filles	56	17	10	29	112
Total	109	21	36	49	215

Nb d'adolescents non assignés : 58

Le tableau 6 présente les moyennes des variables selon le genre et les groupes.

Le tableau 7 affiche les résultats obtenus par les analyses de variances. Selon les résultats des analyses de variance, nous observons des effets sur le plan du genre ($F(1,207)=27.73$, $p< 0.001$) sur la perception du soutien social des amis. Les garçons rapportent recevoir moins de soutien de leurs amis que les filles.

Nous obtenons également des différences en ce qui concerne les groupes ($F(3,207)=9.10$, $p < .001$). Afin de connaître les divergences existantes entre les groupes, nous avons utilisé des analyses de comparaisons multiples de type turkey (tableau 8). Les résultats indiquent que les jeunes du groupe témoin rapportent une meilleure perception du soutien de leurs amis que les groupes dépressif et ceux présentant la double problématique. Cependant, il n'y a pas d'interaction entre le genre et les groupes d'appartenance ($F(3,207)=0.15$, n.s) pour cette variable. Ces résultats diffèrent de ceux que nous avions postulés au départ (hypothèse 4). En effet, malgré que les jeunes dépressifs rapportent recevoir moins de soutien de leurs amis que les jeunes du groupe témoin, ils ne se distinguent pas significativement des groupes concomitant et consommateur de drogue tel que postulé. Ceci, malgré que l'examen des moyennes laisse croire que le groupe de consommateurs se rapproche davantage du groupe témoin et se distingue des groupes dépressif et concomitant.

Pour ce qui est de la perception du soutien familial, nous observons également des différences entre les groupes ($F(3,207)=11.73$, $p < 0.001$). Les analyses de comparaisons multiples de type turkey (tableau 8) révèlent que le groupe dépressif et le groupe à double problématique entretiennent une perception moins positive du soutien de leur famille comparativement aux groupes témoin et consommateur. De nouveau, les résultats obtenus diffèrent de notre hypothèse (hypothèse 5). Les jeunes concomitants ne sont pas ceux qui rapportent le plus faible soutien de leur famille, malgré qu'ils se distinguent des jeunes consommateurs et des jeunes ne vivant aucune

problématique. En effet, le groupe de jeunes concomitants s'apparente au groupe dépressif au niveau du soutien familial.

Les résultats permettent également de constater qu'il n'existe pas de différence significatives entre les garçons et les filles en matière de leur perception du soutien familial ($F(1,207)=0.14$, n.s.). De plus, nous n'observons aucun effet d'interaction entre le genre et les groupes ($F(3,207)=0.54$, n.s.).

En ce qui a trait aux résultats obtenus à la mesure de l'environnement familial, les résultats ne présentent aucun effet significatif pour le genre, ni d'interaction entre le genre et les groupes pour toutes les dimensions de l'environnement familial mesurées par le FES. Cependant, nous observons une différence entre les groupes d'appartenance pour quatre des cinq sous-échelles, soit la cohésion ($F(3,206)=14.26$, $p<0.001$), l'expression des sentiments ($F(3,206)=8.40$, $p<0.001$), les conflits ($F(3,206)=20.19$, $p<0.001$) et l'organisation ($F(3,206)=6.87$, $p<0.001$). Par contre, il n'y a pas de différences significatives entre les groupes dans le domaine du contrôle (tableau 7).

À partir des analyses de comparaisons multiples, nous observons où se situent les différences entre les groupes (tableau 8). Les groupes témoin et consommateur rapportent une plus grande cohésion que les dépressifs et les concomitants. Les jeunes du groupe témoin s'expriment davantage dans leur famille que ceux des groupes dépressif et concomitant. Le groupe de consommateurs problématiques s'exprime aussi davantage que les dépressifs. L'organisation du milieu familial est mieux ressentie par

les jeunes des groupes témoin et consommateur que le groupe à double problématique. Enfin, les dépressifs et ceux présentant la double problématique vivent plus de conflits dans leur environnement familial que les jeunes des groupes témoin et consommateur. Dans leur ensemble, ces résultats confirment, du moins partiellement, notre cinquième hypothèse dans le sens où les jeunes présentant la double problématique rapportent un environnement familial plus perturbé que les jeunes du groupe témoin et ceux ne vivant que la problématique de consommation de drogues. Cependant, il semble que les jeunes dépressifs vivent également dans un milieu familial aussi perturbé que celui de jeunes présentant la double problématique.

En somme, les filles sont plus nombreuses à présenter des symptômes dépressifs que les garçons. Cependant, ces derniers présentent davantage un problème de consommation et ils rapportent recevoir moins de soutien de la part des pairs que les filles. Lorsque nous comparons les groupes concernant leur perception de leur soutien social, nous obtenons que les jeunes du groupe témoin perçoivent un meilleur soutien de leurs amis et de leurs parents comparativement à ceux des groupes dépressif et présentant la double problématique. Le groupe consommateur rapportent également un meilleur soutien des parents que les jeunes dépressifs ou présentant la double problématique. Pour ce qui est de l'environnement familial, les jeunes dépressifs rapportent moins de cohésion dans leur famille, plus de conflits et ils éprouvent un problème au niveau de l'expression de leurs opinions. Les jeunes présentant la double

problématique sont comparables aux jeunes dépressifs, sauf qu'ils rapportent en plus un problème d'organisation dans la famille.

Tableau 6

Moyennes et écarts types des variables selon le genre et les groupes d'appartenance.

Variables / Groupes		Témoin dépressif consommateur			Double problématique	Total	TOTAL
Soutien Social							
Ami	Garçons	89.75 (11.27)	80.50 (24.02)	90.15 (12.65)	79.40 (17.08)	87.49 (13.95)	91.73 (15.00)
	Filles	99.64 (10.73)	86.88 (18.22)	102.10 (10.03)	90.76 (17.79)	95.63 (14.92)	
Famille	Garçons	92.28 (14.86)	66.25 (17.46)	88.54 (15.98)	75.60 (23.54)	87.09 (18.57)	86.07 (20.06)
	Filles	91.05 (20.24)	75.00 (22.97)	95.30 (15.64)	76.10 (19.33)	85.13 (21.38)	
Environnement Familial							
Cohésion	Garçons	7.13 (1.84)	4.75 (2.50)	6.81 (2.23)	5.10 (2.90)	6.56 (2.33)	6.20 (2.55)
	Filles	6.98 (2.28)	4.88 (2.39)	6.10 (2.47)	4.24 (2.75)	5.88 (2.70)	
Expression	Garçons	6.17 (1.49)	4.75 (1.71)	6.04 (1.66)	4.95 (1.96)	5.84 (1.70)	5.72 (1.78)
	Filles	6.16 (1.79)	4.47 (1.81)	5.90 (1.73)	5.14 (1.66)	5.62 (1.85)	
Organisation	Garçons	6.35 (1.68)	4.25 (2.50)	5.96 (2.29)	4.75 (2.22)	5.85 (2.07)	5.80 (1.98)
	Filles	6.18 (1.76)	5.35 (2.00)	6.30 (2.16)	4.97 (1.82)	5.75 (1.91)	
Conflit	Garçons	2.17 (1.99)	4.25 (2.50)	2.50 (2.08)	4.60 (2.78)	2.81 (2.38)	3.15 (2.76)
	Filles	2.02 (2.10)	4.65 (3.24)	3.20 (3.16)	5.62 (2.97)	3.46 (3.04)	
Contrôle	Garçons	3.79 (1.76)	3.75 (3.10)	3.73 (1.87)	4.25 (2.24)	3.86 (1.92)	3.84 (2.11)
	Filles	3.68 (1.99)	4.76 (2.51)	3.10 (2.92)	3.79 (2.34)	3.82 (2.27)	

N=215 sujets pour la variable du soutien social

N=214 sujets pour la variable de l'Envir. Familial, car il y a un questionnaire d'annulé
Sujets non-assignés=58 sujets

Tableau 7

Résultats des analyses de variance en fonction des groupes.

Variables	Sources des variables	Df	Carré moyen	F	
Soutien social					
Ami	Sexe	1	5264.96	27.73	***
	Groupe	3	1727.67	9.10	***
	Sexe x Groupe	3	29.05	.15	
	Résiduel	207			
	Total	214			
Famille	Sexe	1	49.77	.14	
	Groupe	3	4131.86	11.73	***
	Sexe x Groupe	3	190.83	.54	
	Résiduel	207			
	Total	214			
Environnement Familial					
Cohésion	Sexe	1	7.30	1.3	
	Groupe	3	77.35	14.26	***
	Sexe x Groupe	3	1.91	.35	
	Résiduel	206			
	Total	213			
Expression	Sexe	1	.00	.00	
	Groupe	3	24.31	8.40	***
	Sexe x Groupe	3	.27	.09	
	Résiduel	206			
	Total	213			
Organisation	Sexe	1	.33	.09	
	Groupe	3	25.22	6.87	***
	Sexe x Groupe	3	1.91	.52	
	Résiduel	206			
	Total	213			
Conflit	Sexe	1	4.12	.69	
	Groupe	3	119.85	20.19	***
	Sexe x Groupe	3	4.31	.73	
	Résiduel	206			
	Total	213			

Contrôle	Sexe	1	1.89	.42
	Groupe	3	6.06	1.36
	Sexe x Groupe	3	2.37	.53
	Résiduel		206	
	Total		213	

*** = significatif p<0.0001

Tableau 8

Moyennes des groupes selon les variables et résultats des tests de comparaisons multiples turkey.

Variables / Groupes	Témoin (0)	Dépressif (1)	Consommateur (2)	Double problématique (3)	Résultats
Soutien social					
Ami	94.83 (12.02)	85.67 (18.94)	93.47 (13.03)	86.12 (18.22)	1,3>0
Famille	91.65 (17.76)	73.33 (21.91)	90.42 (15.96)	75.90 (20.92)	1>2,0 3>2,0
Environnement Familial					
Cohésion	7.06 (2.07)	4.86 (2.35)	6.61 (2.28)	4.59 (2.81)	3>2,0 1>2,0
Expression	6.17 (1.64)	4.52 (1.75)	6.00 (1.66)	5.06 (1.77)	1>2,0 3>0
Organisation	6.26 (1.72)	5.14 (2.08)	6.06 (2.23)	4.88 (1.98)	3>2,0
Conflit	2.09 (2.04)	4.57 (3.06)	2.69 (2.40)	5.20 (2.91)	0,2>1,3

Discussion

Le but de cette recherche était d'observer la relation entre la consommation de substances psychoactives et les symptômes dépressifs chez les adolescentes et adolescents. De plus, une attention particulière a été portée à l'influence de l'environnement familial et de la perception du soutien social sur ces problématiques.

Les résultats obtenus confirment les hypothèses un et deux. Les adolescentes sont plus nombreuses à vivre des symptômes dépressifs que les adolescents. Ces résultats vont dans le même sens que la majorité des recherches (Vendette, 1998; Trudeau, 1998; Dal Ferro, 2000; Vitaro et al., 1999). De plus, les adolescents sont plus nombreux à présenter uniquement un problème de consommation de substances psychoactives comparativement aux adolescentes. D'autres études arrivent à la même conclusion, soit que les garçons consomment davantage de drogues que les filles (Guyon et Desjardins, 2002; Anderson et Henry, 1994; Foxcroft et Lowe, 1995; Vitaro et al., 1999). Par contre, d'autres études n'observent pas de différence entre les genres au niveau de leurs consommations (Scheer et Unger, 1998 ; Zoccolillo et Al., 1999). Les filles consomment autant de drogues que les garçons. Cependant, il y aurait des différences dans les substances consommées. Les garçons consomment davantage de l'alcool et du cannabis comparativement aux filles, le pourcentage est sensiblement le même au niveau des autres types de drogues (Guyon et Desjardins, 2002; Anderson et Henry, 1994; Foxcroft et Lowe, 1995). Toutefois, cette étude ne permet pas de distinguer les consommateurs en fonction de la nature des drogues consommées.

De ce fait, les adolescentes sont plus dépressives et consomment des drogues autant que les garçons, nous avons supposé que les filles s'avèreraient plus nombreuses que les garçons à présenter une double problématique : un problème de consommation et des symptômes dépressifs (hypothèse 3). Cependant, les résultats ne sont pas concluants, malgré une fréquence plus élevée chez les filles ($n=32$) comparativement aux garçons ($n=25$). Pourtant, une étude de Vitaro et al. (1999) obtient comme résultat que les filles sont plus nombreuses à présenter les trois problématiques à la fois : soit un problème de comportement, un problème de consommation et un trouble dépressif. De surcroît, dans cette même étude, la dépression et le problème de consommation concernent davantage les filles. De leur côté, les garçons présentent davantage de problèmes de consommation uniquement ou un problème de comportement et de consommation.

Une autre recherche (Henry et Al., 1993) portant sur l'importance du trouble des conduites et des symptômes dépressifs chez les adolescents de 11 ans et l'émergence d'un problème de consommation à 15 ans. Ils obtiennent une différence entre les genres. Chez les garçons, le problème de comportement et les symptômes dépressifs pris séparément prédisent une consommation de drogues. Lorsque les deux problématiques sont mesurées simultanément, ce sont les symptômes dépressifs qui prédisent le mieux la consommation de drogues chez les gars. Pour ce qui est des filles, c'est le problème de comportement qui prédit la consommation de drogues. Cependant, ils observent également chez les filles de 15 ans une relation entre la

présence de symptômes dépressifs et la consommation de drogues. Donc, les garçons dépressifs auraient autant tendance à consommer afin de réduire les symptômes dépressifs. Alors que chez les filles, les symptômes dépressifs sont sans doute une conséquence de la consommation (Henry et Al., 1993).

L'hypothèse quatre n'est pas confirmée : les jeunes adolescents qui présentent les symptômes dépressifs perçoivent un soutien des pairs moins positif que les jeunes qui ont une double problématique ou un problème de consommation uniquement. En effet, nous obtenons qu'une différence significative entre le groupe témoin et les groupes dépressif et à double problématique. Donc, les jeunes présentant la double problématique seraient autant insatisfaits du soutien des pairs que les jeunes dépressifs. Cependant, les jeunes dépressifs ne se distinguent pas des jeunes consommateurs, même si ceux-ci semblent se rapprocher du groupe témoin. La recherche de Vendette (2000) confirme que les jeunes dépressifs perçoivent un soutien plus faible de la part des pairs comparativement aux non-dépressifs.

Dans cette étude, nous observons une différence au niveau des genres. Les garçons dépressifs perçoivent un faible soutien de la part des pairs comparativement aux filles dépressives. Par contre, il faut s'armer de prudence dans l'interprétation de ces résultats, car dans cette étude le groupe de garçons dépressifs est très restreint. Toujours dans le même ordre d'idées, il est probable que les garçons dépressifs seraient plus isolés au plan social, alors que les garçons qui ont un problème de consommation ne semblent pas manquer d'amis. Les jeunes consommateurs font partie d'un groupe

de pairs, souvent délinquant, alors que les jeunes dépressifs sont plutôt à part des autres jeunes.

Pour ce qui est de la perception du soutien familial, le groupe dépressif et le groupe présentant la double problématique témoignent une perception moins positive que les groupes témoin et consommateur. Plusieurs recherches sur le soutien familial et la dépression retirent les mêmes résultats (Aseltine et Al., 1998; Sicotte, 1998; Vendette, 2000; Wong et Wiest, 1999). En effet, l'étude d'Aseltine et al. (1998) démontre une relation négative entre la présence de symptômes dépressifs et/ou d'un problème de consommation avec le soutien parental. De plus le lien entre le soutien de la famille et la dépression est deux fois plus important que celui entre le soutien des pairs et la dépression. Ainsi, une perception positive du soutien familial serait un facteur de protection contre l'émergence des symptômes dépressifs (Sicotte, 1998).

Cependant, d'autres recherches arrivent aux conclusions que le soutien parental a une relation négative avec la consommation de drogues (Anderson et Henry, 1994; Guo et Al., 2002). De plus, Piko (2000) compare le soutien familial et des pairs sur la consommation. Il obtient que seulement le soutien familial qui prédit la consommation de drogues.

Pourtant, dans cette étude, les jeunes dépressifs et ceux présentant la double problématique semblent avoir une perception plus négative de leur soutien familial que les jeunes consommateurs ou témoins. Ainsi, les dépressifs se différencient des

consommateurs seulement au niveau du soutien familial. De ces résultats, le soutien social (familial et des pairs) paraît davantage en relation avec la présence de symptômes dépressifs qu'avec le problème de consommation.

Pour ce qui touche les variables de l'environnement familial, les résultats démontrent des différences significatives entre les groupes au niveau de quatre des cinq dimensions mesurées par le FES. Les résultats obtenus sont que les groupes témoin et consommateur rapportent une plus grande cohésion que les dépressifs et ceux présentant la double problématique. Également, les jeunes du groupe témoin s'expriment davantage dans leur famille que ceux des groupes dépressif et à double problématique. Le groupe consommateur s'exprime plus que les dépressifs. L'organisation du milieu familial est mieux ressentie par les jeunes des groupes témoin et consommateur que le groupe à double problématique. Les dépressifs et ceux présentant la double problématique vivent plus de conflits dans leur environnement familial que les jeunes des groupes témoin et consommateur.

Ces résultats dans l'ensemble appuient, du moins partiellement, notre cinquième hypothèse, stipulant que les jeunes adolescents qui présentent une double problématique ont plus de problèmes familiaux que les jeunes qui présentent aucune problématique et que les jeunes qui présentent une seule problématique, soit un problème de consommation ou des symptômes dépressifs. Cependant, les jeunes dépressifs vivent également dans un milieu familial aussi perturbé que ceux présentant la double problématique.

Les jeunes des groupes dépressif et concomitant perçoivent un faible soutien parental, moins de cohésion, plus de conflits et des difficultés en ce qui concerne l'expression de leurs émotions dans leur famille. Le groupe à double problématique rapporte également un problème d'organisation familiale. Des recherches confirment un lien entre la cohésion et les conflits au niveau de la présence de symptômes dépressifs (Dal Ferro, 2000; Scheer et Unger, 1998). Cependant, ces mêmes facteurs sont associés à la présence d'une consommation de drogues, principalement les conflits (Girard et Taddeo, 1997; Patton, 1995; Scheer et Unger, 1998).

De plus, une communication inadéquate dans la famille augmente la probabilité que le jeune consomme. Pourtant, dans cette étude, les jeunes dépressifs se distinguent des consommateurs au niveau de l'expression de leurs émotions. Les consommateurs s'expriment davantage que les dépressifs. Aussi, les jeunes consommateurs rapportent une meilleure cohésion, moins de conflits que les dépressifs et ceux présentant la double problématique. De plus, l'organisation du milieu familial est mieux ressentie par les consommateurs que les jeunes concomitants.

Dans l'ensemble des résultats de cette étude, les jeunes consommateurs ressemblent davantage au groupe témoin. Ils se distinguent des jeunes dépressifs au niveau de plusieurs facteurs (soutien social, cohésion, conflit, expression). Cependant, les groupes concomitant et dépressif ont en majorité les mêmes facteurs de risques, à l'exception de l'organisation familiale. Ces résultats permettent de supposer que les facteurs de cette étude (soutien social et environnement familial) sont principalement

en relation avec la présence des symptômes dépressifs plutôt qu'avec la consommation de substances psychoactives. Une étude plus exhaustive sur ce domaine permettrait d'obtenir un meilleur portrait de la population adolescente.

Une des principales forces de cette étude est de travailler auprès d'une population clinique. Cependant, comme les jeunes toxicomanes s'avéraient trop nombreux à présenter la double problématique, les différences entre les groupes provenant des différents milieux n'ont pu être examinées. Pour ainsi dire, la population clinique correspond principalement au groupe présentant la double problématique, alors que le groupe de jeunes aux prises avec un problème de consommation est composé à partir de jeunes des deux milieux. Il s'ajoute également aux limites le nombre restreint de garçons dans l'échantillon qui sont uniquement dépressifs ($n=4$).

Il serait intéressant d'observer la relation entre la consommation de substances psychoactives et les symptômes dépressifs à partir de deux populations cliniques. Cette comparaison permettrait de mieux définir les facteurs communs et distinctifs entre ces deux problématiques. Aussi, nous pourrions observer la concomitance entre les problématiques dans chaque milieu. Dans cette étude, les jeunes du milieu clinique (jeunes toxicomanes) présentaient pour la plupart des symptômes dépressifs.

L'absence de comparaison entre différents groupes d'âge constitue une limite de cette recherche. Il serait intéressant de recueillir des données auprès de plus jeunes adolescents, soit de 10 à 13 ans. Autre limite, le dévoilement de la consommation de

drogues par les adolescents peut être biaisé. À cause de sa nature illégale, les jeunes peuvent s'autocensurer. Afin d'éviter ce fléau, l'accent a été mis sur la confidentialité des données en utilisant un questionnaire auto-administré et en remettant une enveloppe confidentielle. En plus, l'étude ne permet pas de distinguer la nature des drogues consommées en fonction du genre et de l'âge.

De plus, cette recherche se limite à la perception des adolescents. Il serait pertinent d'obtenir l'opinion des parents sur leur soutien et l'environnement familial. La comparaison des données permettrait d'obtenir un portrait plus globale de la situation. La perception du jeune correspond-elle avec celui du parent?

Conclusion

Cette recherche obtient comme résultats que les filles montrent davantage des signes dépressifs que les garçons. Ces derniers présentent, quant à eux, un problème de consommation de drogues. Ensuite, les jeunes dépressifs perçoivent moins positivement le soutien de la part des pairs et de la famille, ils rapportent moins de cohésion dans leur famille, plus de conflits et ils ressentent un problème en ce qui concerne l'expression de leurs opinions. Les jeunes présentant la double problématique arrivent aux mêmes conclusions que les jeunes dépressifs, sauf qu'ils rapportent en plus un problème d'organisation dans la famille.

Cette recherche confirme ainsi que les adolescents dans les groupes dépressif et concomitant vivent dans des milieux familiaux plus perturbés que les jeunes des groupes témoins et consommateurs. Les facteurs qui distinguent les dépressifs des consommateurs sont l'expression des émotions, la cohésion, les conflits et le soutien familial. Portant, ces facteurs sont communs aux deux problématiques (Anderson et Henry, 1994; Dal Ferro, 2000; Girard et Taddeo, 1997; Jewell et Stark, 2003; Patton, 1995; Scheer & Unger, 1998).

Cette étude permet également de retirer une différence entre les garçons et les filles au niveau du soutien de la part des pairs. Les garçons ont une perception plus négative du soutien de leurs pairs comparativement aux filles. Les dépressifs ont également une perception plus faible de leur soutien de la part de leurs amis. Ce qui

permet de déduire que le réseau social des garçons dépressifs serait plus petit, même absent, comparativement aux jeunes consommateurs qui sont affiliés régulièrement à un groupe de pairs.

Prochainement, Il serait intéressant d'aller explorer d'autres aspects de l'environnement (p.ex. réseau social) du jeunes afin de mieux discerner les facteurs communs et discriminatoires des deux problématiques.

Aussi, il serait intéressant d'observer l'influence d'autres facteurs de risque, soit d'ordre personnel et/ou scolaire. Par exemple, certains changements lors de la puberté pourraient-ils être des facteurs explicatifs du développement de ces problématiques?

Références

- Anderson, A. R. & Henry, C.S. (1994). Family system characteristic and parent behaviors as predictors of adolescent substance use. *Adolescence*. 29, 405-414.
- American Psychiatric Association. (1994). *Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième Édition-DSM-IV*. Masson, Paris (1996 pour la version française)
- Aseltine, R.H. ; Gore, S. & Colten, M.E. (1998). The co-occurrence of depression and substance abuse in late adolescence. *Development and psychopathology*, 10, 549-570.
- Baron, P. (1993). *La dépression chez les adolescents*. Canada : Edisem Inc. et Maloine.
- Beck, A.T. (1978). Depression inventory. Philadelphia : Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T. & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression : The depression inventory. In P. Pichot (Ed), *Psychological measurement in psychopharmacology*. Paris : Karger. 151-169.
- Blackson, T. C. (1994). Temperament : a salient correlate of risk factors for alcohol and drug abuse, *Drug and alcohol dependance*, 36, 205-214. (cc)
- Bourque, P. & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon universitaire francophone. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14, 211-218.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health* : Lectures on concept development. New York : Behavioral Publications.
- Cloutier, R. ; Champoux, L. ; Jacques, C. & Lancop, C. (1994). *Ados, familles et milieux de vie*. Association des centres jeunesse du Québec, Bureau québécois de l'année internationale de la famille et Centre de recherche sur les services communautaires. Université Laval, QC.
- 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, UQTR, 37p.
- Diego, M.A. ; Field, T.M. & Sanders, C.E. (2003). Academy performance, popularity, and depression predict adolescent substance use. *Adolescence*. Libra Publishers Inc. 38, 35-41.

- Foxcroft, D.R. & Lowe, G. (1995). Adolescent drinking, smoking and other substance use involvement : link with perceived family life. *Journal of Adolescence*, 18, 159-177.
- Gagnon, C. ; Vitaro, F. ; Pelletier, D. ; Janosz, M. ; Gosselin, C. & Larocque, D. (1998). *Établissement d'un index de vulnérabilité au problème de toxicomanie chez les jeunes*. Rapport de recherche au conseil québécois de la recherche sociale, 56 p.
- Girard, M. & Taddeo, D. (1997). L'approche de l'adolescent consommateur de drogues: de l'expérience à la dépendance. *Le médecin du Québec*, 63-71.
- Gosselin, C. ; Larocque, D. ; Vitaro, F. & Gagnon, C. (2000). Identification des facteurs liés à la consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues à l'adolescence. *Journal international de psychologie*, 35, 46-59.
- Guo, J. ; Hill, K.G. ; Hawkins, J. D. ; Catalano, R. F. & Abbott, R. D. (2002). A development analysis of sociodemographic, family, and peer effect on adolescent illicit drug initiation. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 41, 838-845.
- Guyon, L. & Desjardins, L. (2002). *La consommation d'alcool et de drogues*. Recherche et intervention sur les substances psychoactives. Québec. 35-62.
- Guyon, L. & Geoffrion, Y. (1997). *Toxicomanie au Québec* : Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990. Ministère de la santé et des services sociaux, (Collection études et analyse), 34-64.
- Guyon, L. ; Landry, M. & Desjardins, L. (1999). *Grille de dépistage de consommation problématique pour adolescents et adolescentes*. Document interne du RISQ.
- Habimana, E., Ethier, L.S., Petot, D. et M. Tousignant (1999). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : approche intégrative*. Gaëtan Morin Éditeur Ltée.
- Henry, B. ; Feehan, M. ; McGee, R. ; Stanton, W. ; Moff, T.E. & Silva, P. (1993). The importance of conduct problems and depressive symptoms in predicting adolescent substance use. *Journal of abnormal child psychology*, 21, 469-480.
- Hussong, A.H. (2002). Differentiating peer contexts and risk for adolescent substance use. *Journal of youth and adolescence*. New York, 31, 207-220.

- Jewell, J.D. & Stark, K.D. (2003). Comparing the family environments of adolescents with conduct disorder or depression. *Journal of child and family studies*, 12, 77-89.
- Kessler, R. C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. & Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : Implication for prevention and service utilization, *American journal of orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Landry, M., Guyon, L., Tremblay, J., Brunelle, N. & Bergeron, J. (accepté pour publication). Dépistage de la consommation problématique de substances psychoactives chez les adolescents : création et utilisation d'un outil clinique et épidémiologique ? In : I comportamenti a rischio degli adolescenti. McGraw Hill, Italie.
- Marcotte, D. (1995). L'influence des distorsions cognitives, de l'estime de soi et des sentiments reliés à la maturation pubertaire sur les symptômes de dépression des adolescents du milieu scolaire. *Revue québécoise de psychologie*, 16, 109-132.
- Marcotte, D. (1999). Les adolescents dépressifs nécessitent des traitements adaptés à leur réalité. *Psychologie Québec*, 26-29.
- Ménard, J.-M. (2000). La double problématique toxicomanie – troubles mentaux. *Info-toxico*. Domrémy MCQ, vol.12.
- Moos, R.H., Moos, B.S. (1986). Family environment scale manuel. Palo Alto : Counseling Psychologist Press, Inc.
- Morin, F. ; Gagné, C. & Vincent, M. (2000). *Le double diagnostic de la toxicomanie et des troubles psychiatriques*. Présentation au colloque Toxicomanie, santé mentale et réadaptation. Institut Philippe Pinel de Montréal en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier. Février.
- Nadeau, L. & Biron, C. (1998). *Pour une meilleure compréhension de la toxicomanie*. Presses de l'université de Laval.
- Patton, L. H. (1995). Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors, *Pediatric clinics of north america*, 42, 283-293. (cc)
- Piko, B. (2000). Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Substance use & Misuse*, 35, 617-630.

- Procidano, M.E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family : three validation studies. *American journal of community psychology*, 11, 1-24.
- Rao, U. ; Ryan, N. ; Dahl, R.E. ; Birmaher, B. ; Rao, R. ; Williamson, D.E. & Perel, J.M. (1999). Factors associated with the development of substance use disorder in depressed adolescents. *Journal of the american academy of Child & adolescent psychiatry*, 38, 1109-1117.
- Sicotte, S. (1998). *Les attitudes dysfonctionnelles et le soutien social comme prédicteurs de la dépression chez les adolescents*. Mémoire, UQTR. 80 p.
- Sheeber, L. ; Hops, H.; Alpert, A. ; Davis, B. & Andrews, J. (1997). Family support and conflit : prospective relation to adolescent depression. *Journal of abnormal child psychology*. 25, 333-344.
- Scheer, S.D. & Unger, D.G. (1998). Russian adolescents in the era of emergent democracy : the role of family environnement in substance use and depression. *Family Relations*, Minneapolis, 47, 297-303.
- Stephenson, A.L. ; Henry, C.S. & Robinson, L.C. (1996). Family characteristics and adolescent substance use. *Adolescence*, 31, 59-69.
- Sylvain, J. (1989). *Consommation de marijuana et perception par l'adolescent de son milieu familial*. Trois-Rivières : université du Québec.
- Trudeau, R.. (1998). La déprime qui dure : la dépression majeur à l'adolescence. *Le médecin du Québec*, 33, 79-85.
- Uruk, A.C. & Demir, A. (2003). The role of peer and families in predicing the loneliness level of adolescents. *The journal of psychology*, 137, 179-193.
- Vendette, K. (1998). *Le rôle des stratégies d'adaptation, du soutien social et des évènements de vie stressants sur la dépression à l'adolescence*. Mémoire. UQTR..
- Vitaro, F. ; Carboneau, R. ; Gosselin, C. ; Tremblay, R.E. & Zoccolillo, M. (2000). Les problèmes de consommation de psychotropes chez les jeunes : prévalence, déterminants et conséquences. Dans P. Brisson (Ed.), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, 3, 279-312. Chicoutimi, QC : Gaëtan Morin.

- Vitaro, F. & Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome I Les problèmes internalisés.* Presse de l'université du Québec.
- Vitaro, F. & Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II Les problèmes externalisés.* Presse de l'université du Québec.
- Vitaro, F. ; Gosselin, C. & Girard, A. (2002). *Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1988 : constatations, comparaisons et pistes d'explication.* Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal, 58 p.
- Vitaro, F., Zoccolillo, M., Romano, E. & Tremblay, R.E. (1999). Comorbidité entre trois types de problèmes d'adaptation à l'adolescence et facteurs associés. *Problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les adolescents québécois : prévalence, comorbidité et caractéristiques associées.* 67-93.
- Wong, E.H. & Wiest, D.J. (1999). Adolescent depression : Links to academic coping and perceived autonomy support. *Education.* 119, 668-673.

Internet

- Légaré, G., Préville, M., Massé, R., Poulin, C., St-Laurant, D. & Boyer, R. (1998) *Santé mentale* (Chap. 16) Enquête Santé Québec. Adresse électronique : [www.stat.gouv.qc.ca/publications/santé](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante)

Appendice A



Université du Québec à Trois-Rivières

C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, Canada / G9A 5H7
Téléphone: (819) 376-5011

Bonjour,

Je viens te rencontrer aujourd’hui pour te demander de participer à une recherche réalisée par une étudiante à la maîtrise en psychologie de l’Université du Québec à Trois-Rivières. Cette étude permettra de faire connaître ton opinion et celle d’environ 275 autres jeunes sur différents sujets tels tes habitudes de vie, tes sentiments et ton environnement.

Je te demande de compléter quatre courts questionnaires. Il n’y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Ta participation est tout à fait volontaire. Tes réponses aux questionnaires seront traitées de façon confidentielle et anonyme.

Afin de signifier ton consentement à participer à cette étude, je te demande de signer la présente lettre.

Signature : _____

Date : _____

Merci de ta collaboration.

Cathy Carrier

Étudiante en psychologie

UQTR

Appendice B

Données démographiques

1. Age: _____

2. Sexe: M F

3. Niveau scolaire: _____

4. Milieu de vie actuel: Je vis avec mes deux parents

Je vis avec ma mère seulement

Je vis avec mon père seulement

Je vis dans une famille reconstituée

Je vis dans une famille d'accueil

Je vis en garde partagée

5. Nombre d'enfants dans ma famille: _____

6. Moyenne académique: _____ %

7. J'évalue mon rendement scolaire comme:

au-dessus de la moyenne

dans la moyenne

au-dessous de la moyenne

Appendice C

PSS (FORME A)

Procidano & Heller, 1983

Traduction et adaptation française de D. Marcotte et S. Sicotte (1995)

Directives:

Les énoncés suivants expriment des sentiments et des expériences que la plupart des gens vivent à un moment ou l'autre dans leurs relations avec leurs amis ou leur famille. Chaque énoncé peut être vrai ou faux pour toi.

Pour chacun de ces énoncés, fais un X dans la colonne qui correspond le plus à ton expérience. Ne choisis qu'une seule réponse par énoncé et rappelle-toi qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse; c'est ton expérience qui est importante.

PSS-FR

PSS-FA

Appendice D

IDB

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lis attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entoure le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont tu t'es senti-e au cours des 7 derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encercle chacun d'eux. Assure-toi d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer ton choix.

1. 0 Je ne me sens pas triste
1 Je me sens triste
2 Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir
3 Je suis si triste que je ne peux le supporter

2. 0 Je ne suis pas particulièrement découragé-e par l' avenir
1 Je me sens découragé-e par l'avenir
2 J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie
3 J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer

3. 0 Je ne me considère pas comme un-e raté-e
1 J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels
2 Quand je pense à mon passé, je ne vois que des échecs
3 J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie

4. 0 Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
1 Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant
2 Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit
3 Tout me rend insatisfait ou m'ennuie

5. 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable
1 Je me sens coupable une bonne partie du temps
2 Je me sens coupable la plupart du temps
3 Je me sens continuellement coupable

6. 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni-e
1 J'ai l'impression que je pourrais être puni-e
2 Je m'attends à être puni-e
3 J'ai l'impression d'être puni-e

7. 0 Je n'ai pas l'impression d'être décu-e de moi
1 Je suis décu-e de moi
2 Je suis dégoûté-e de moi
3 Je me hais
8. 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque
1 Je suis critique de mes faiblesses ou de mes erreurs
2 Je me blâme tout le temps pour mes erreurs
3 Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent
9. 0 Je ne pense aucunement à me suicider
1 J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes
2 J'aimerais me suicider
3 J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion
10. 0 Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire
1 Je pleure plus qu'avant
2 Je pleure continuellement maintenant
3 Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable
11. 0 Je ne suis pas plus irrité-e maintenant qu'auparavant
1 Je suis agacé-e ou irrité-e plus facilement qu'auparavant
2 Je suis continuellement irrité-e
3 Je ne suis plus du tout irrité-e par les choses qui m'irritaient auparavant
12. 0 Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les gens
1 Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois
2 J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens
3 J'ai perdu tout intérêt pour les gens
13. 0 Je prends des décisions aussi facilement qu'avant
1 Je remets des décisions beaucoup plus qu'avant
2 J'ai beaucoup plus de difficultés à prendre des décisions qu'auparavant
3 Je ne peux plus prendre de décisions
14. 0 Je n'ai pas l'impression que mon apparence est pire qu'auparavant
1 J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant-e
2 J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents qui me rendent peu attrayant-e
3 J'ai l'impression d'être laid-e

15. 0 Je peux travailler aussi bien qu'avant
1 Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose
2 Je dois me secouer très fort pour faire quoi que ce soit
3 Je ne peux faire aucun travail
16. 0 Je dors aussi bien que d'habitude
1 Je ne dors pas aussi bien qu'avant
2 Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir
3 Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir
17. 0 Je ne me sens pas plus fatigué-e qu'à l'accoutumée
1 Je me fatigue plus facilement qu'auparavant
2 Je me fatigue pour un rien
3 Je suis trop fatigué-e pour faire quoi que ce soit
18. 0 Mon appétit n'est pas pire que d'habitude
1 Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était
2 Mon appétit a beaucoup diminué
3 Je n'ai plus d'appétit du tout
19. 0 Je n'ai pas perdu du poids dernièrement
1 J'ai perdu plus de 5 livres
2 J'ai perdu plus de 10 livres
3 J'ai perdu plus de 15 livres
Je suis présentement une diète Oui _____ Non _____
20. 0 Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude
1 Je suis préoccupé-e par des problèmes de santé comme des douleurs, des maux d'estomac ou la constipation
2 Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose
3 Je suis tellement préoccupé-e par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose
21. 0 Je n'ai pas remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour la sexualité
1 J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant
2 J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels
3 J'ai perdu tout désir sexuel

Merci de ta collaboration

Appendice E

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE POUR ADOLESCENTS ET ADOLESCENTES

NOM: _____
(facultatif)

DATE : _____

- 1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AS-TU CONSUMMÉ L'UN DE CES PRODUITS ET SI OUI QUELLE A ÉTÉ LA FRÉQUENCE DE TA CONSOMMATION ? (cochez la réponse)**

	Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool						
Cannabis						
Cocaïne						
Colle/Solvant						
Hallucinogènes						
Héroïne						
Amphétamines / speed						
Autres*						

* médicaments sans prescription, barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin

Si aucune consommation → passez à la question 7

Entourez la réponse

- 2. AS-TU CONSUMMÉ L'UN DE CES PRODUITS AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS ?**

OUI NON

- 3. a) AS-TU DÉJÀ CONSUMMÉ L'UN DE CES PRODUITS DE FAÇON RÉGULIÈRE ? (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)**

OUI ⇒ passez à la Q3B
NON ⇒ passez à la Q4

- b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT ?**

de l'alcool ____ ans

une ou des drogues ____ ans

- 4. AS-TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES.**

OUI NON

- 5. a) GARCON**

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?

____ FOIS

- b) FILLE**

AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 5 CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?

6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ :

- a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique ; OUI NON
- b) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille ; OUI NON
- c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse ; OUI NON
- d) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue ; OUI NON
- e) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue ; OUI NON
- f) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue. OUI NON

**7. QUELLE A ÉTÉ TA CONSOMMATION DE TABAC AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?
(cochez la réponse)**

Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
--------------	--------------	-------------------------	--	---	----------------

Total:

--	--

ENTOUREZ LA RÉPONSE

8. INFORMATIONS GÉNÉRALES

- a) es-tu un garçon 1
 une fille 2
- b) en quelle année es-tu ?
 primaire 0
 1
 2
 secondaire 3
 4
 5
 post-secondaire 6
 ne va pas à l'école 7
- c) quel âge as-tu :
 10 ans et moins 16 ans
 11 ans 17 ans
 12 ans 18 ans
 13 ans 19 ans
 14 ans 20 ans et plus
 15 ans

COMMENTAIRES

Appendice F

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE POUR ADOLESCENTS

CODIFICATION

	Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	0	0	1	4	5
Cannabis	0	0	0	1	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/Solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	3	3	4	4	5
Amphétamines / speed	0	0	1	1	4	5
Autres*	0	0	0	1	4	5

* médicaments sans prescription, barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS ?

3. b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT ?

ALCOOL < 12 ans = 2 **DROGUE** < 14 ans = 2
 12 à 15 ans = 1 14, 15 ans = 1
 16 ans ou + = 0 16 ans ou + = 0

4. PEUX-TU ME DIRE SI TU T'ES DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES.

5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 (garçon) 5 (fille) CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?

0 À 1 FOIS = 0 2 À 4 FOIS = 1 5 FOIS ET + = 2

6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ :

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

Entre 0 et 100% de la population a des problèmes évidents

Entre 9 et 16 % de la population souffre d'un problème en émergence (intervention souhaitable)

17 et + : Peur rouge → problème évident (intervention nécessaire)

Appendice G

ÉCHELLE DE L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL¹

Il y a 45 énoncés dans ce questionnaire qui décrivent des situations familiales. Vous devez décider si ces énoncés sont vrais ou faux pour votre famille. Indiquez vos réponses comme suit:

- 1) Si l'énoncé est vrai ou plutôt vrai pour votre famille, faites un X dans la case Vrai.
- 2) Si l'énoncé est faux ou plutôt faux pour votre famille, faites un X dans la case Faux.
3. Cependant, un énoncé peut être vrai pour certains membres de votre famille et faux pour d'autres. Alors faites un X dans la case Vrai si l'énoncé s'applique à la plupart des membres de votre famille et un X dans la case Faux s'il ne s'applique pas à la plupart des membres de votre famille. Si c'est moitié l'un moitié l'autre, choisissez l'autre selon votre impression de la situation en général.

Rappelez-vous que nous voulons connaître votre impression de votre famille. Donc, n'essayez pas d'imaginer comment les autres membres de votre famille la perçoivent. Nous voulons savoir comment vous la percevez.

CE QUESTIONNAIRE EST CONFIDENTIEL

¹ Traduction et adaptation du F.E.S. (forme R) de R.H. Moos (1974, 1976, 1981). UQTR (1989).

QUESTIONNAIRE (FORME ABRÉGÉE)

	VRAI	FAUX
1. Les membres de la famille s'entraident et se soutiennent vraiment les uns les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les membres de la famille expriment rarement leurs émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. On se dispute beaucoup dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les activités de notre famille sont très soigneusement organisées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les membres de la famille n'ont pas l'habitude de recevoir des ordres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nous avons souvent l'air de tuer le temps à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nous pouvons nous exprimer librement à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Il est rare que les membres de notre famille se mettent vraiment en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nous sommes habituellement très propres et ordonnés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Il y a peu de règlements à suivre dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Nous mettons beaucoup d'énergie dans ce que nous faisons à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il est difficile de se défouler à la maison sans mettre quelqu'un mal à l'aise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Il arrive parfois que des membres de la famille entrent dans une telle colère qu'ils lancent des objets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Il est souvent difficile de trouver les choses dont nous avons besoin à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dans la famille, il y a un membre qui prend la majorité des décisions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Il y a un sentiment d'appartenance dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nous parlons aux autres membres de la famille de nos problèmes personnels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Les membres de notre famille se mettent rarement en colère.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Être à l'heure est très important dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Les choses doivent toujours être faites de la même manière à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. C'est rare que quelqu'un va se porter volontaire quand il y a quelque chose à faire à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Si on a tout à coup envie de faire quelque chose, souvent on se lève et on y va.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	VRAI	FAUX
23. Les membres de notre famille se critiquent souvent les uns les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Les gens changent souvent d'idée dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Nous accordons énormément d'importance au respect des règlements dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les membres de ma famille se soutiennent beaucoup les uns les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Quelqu'un devient habituellement bouleversé dans notre famille lorsqu'un membre se plaint.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Il arrive parfois qu'un membre de notre famille en bouscule un autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Les membres de notre famille gardent leur chambre propre et en ordre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Chacun a son mot à dire dans les discussions familiales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Il y a très peu d'esprit de groupe dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Les questions d'argent et les dépenses courantes sont discutées ouvertement dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Si un désaccord surgit dans notre famille, nous essayons très fort d'arranger les choses et de préserver la paix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Les tâches de chaque personne sont clairement définies dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Nous pouvons faire tout ce que nous voulons dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Nous nous entendons réellement bien les uns avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Nous faisons généralement attention à ce que nous nous disons les uns les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Les membres de notre famille essaient souvent de l'emporter l'un sur l'autre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. On n'a pas le souci de bien gérer notre argent à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Les règles sont plutôt rigides à la maison.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Chacun de nous reçoit beaucoup d'attention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Il y a beaucoup de discussions spontanées dans notre famille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. À la maison, nous croyons qu'on ne peut pas régler quelque chose en éllevant la voix.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Nous faisons habituellement la vaisselle tout de suite après le repas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Dans notre famille, on ne laisse pas passer grand chose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendice H

*services disponibles
pour toi*

Si tu en ressens le besoin,

après avoir répondu à ces questionnaires,

nous t'invitons à contacter

la psychologue de l'école

aux coordonnées suivantes :

Hélène Deschênes

du local : A-105

de téléphone : 358-6885

ou

l'éducatrice en prévention des toxicomanies

de ton école :

Agathe Gagnon

du local : A-102

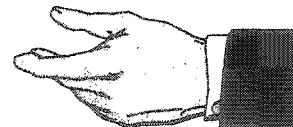
de téléphone : 358-6885

Action toxicomanie Bois-Francs à Victoriaville

de téléphone : 758-6574

ou

le CLSC le plus près de chez vous.



N.B. Tout ce que tu diras demeurera confidentiel.