Table des matières

Liste des tableaux VI
1. Introduction 1
2. Problématique 4
2.1. Prévalence du surpoids et de l'obésité 7
2.2. Déterminants du surpoids et de l'obésité 10
2.3. Impacts à court terme du surpoids et de l'obésité 13
2.4. Impacts à long terme du surpoids et de l'obésité 15
3. Recension des écrits 18
3.1. Norme sociale 20
3.2. Estime de soi et image corporelle 22
3.2.1. Estime de soi 23
3.2.1.1. Conséquences du surpoids et de l'obésité sur l'estime de soi 24
3.2.2. Image corporelle 25
3.2.2.1. Conséquences du surpoids et de l'obésité sur l'image corporelle 28
3.2.2.2. Conséquences d'une faible estime de soi et d'une insatisfaction de son image corporelle 29
3.3. Conséquences du surpoids et de l'obésité sur la qualité de vie chez les adolescents 31
3.4. Conséquences sociales du surpoids et de l'obésité 32
3.5. Conséquences affectives du surpoids et de l'obésité 34
3.6. Conséquences scolaires et professionnelles du surpoids et de l'obésité 35
3.7. Conséquences du surpoids et de l'obésité sur la pratique du sport 38
3.8. Pertinence de la recherche 39
4. Cadre théorique 41
4.1. Approche bioécologique 43
5. Méthodologie 48
5.1. Type de recherche 50
5.2. But et objectifs 51
5.3. Population à l'étude 51

5.4. Méthode de collectes des données et instruments de mesure 53
5.4.1. Collecte des données 53
5.5. Analyse secondaire des données..... 57
5.6. Considérations éthiques..... 58
6. Résultats 60
6.1. Caractéristiques sociodémographiques et familiales des participantes 62
6.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des participantes..... 62
6.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des parents 63
6.2. Parcours scolaire..... 66
6.3. État de santé et habitudes de vie des participantes 67
6.3.1. Surpoids et obésité 67
6.3.2. État de santé physique..... 68
6.3.2.1. Antécédents familiaux de problèmes de santé physique 69
6.3.3. État de santé psychologique 69
6.3.3.1. Difficultés et les troubles du comportement..... 70
6.3.3.2. Antécédents familiaux de problèmes de santé psychologique ou de troubles du comportement 72
6.4. Habitudes de vie 73
6.4.1. Activités sportives..... 73
6.4.2. Activités sédentaires..... 74
6.4.3. Habitudes alimentaires 76
6.4.4. Habitudes de sommeil 77
6.4.5. Explication de la prise de poids..... 77
6.5. Motifs et attentes de la participation au projet AVIPA 79
6.5.1. Motifs et attentes des participantes envers le projet AVIPA..... 79
6.5.2. Motifs et attentes des parents envers le projet AVIPA 81
6.5.3. Soutien des parents dans le projet AVIPA 82
6.6. Image de soi et vie sociale..... 84
6.6.1. Qualités et défauts 84
6.6.2. Estime de soi 85
6.6.3. Image corporelle..... 87
6.6.4. Gestion des émotions 89

6.6.5. Vie sociale des participantes 90
6.7. Conséquences du surpoids et de l'obésité sur la vie des participantes 91
6.7.1. Conséquences sociales du surpoids et de l'obésité 92
6.7.2. Conséquences scolaires du surpoids et de l'obésité 94
6.7.3. Conséquences sur les loisirs et les activités sportives du surpoids et de l'obésité 94
7. Discussion 96
7.1. Estime de soi 97
7.2. Image corporelle 98
7.3. Conséquences du surpoids et de l'obésité 100
7.3.1. Conséquences sociales du surpoids et de l'obésité 100
7.3.2. Conséquences affectives du surpoids ou de l'obésité 102
7.3.3. Conséquences scolaires du surpoids et de l'obésité 103
7.3.4. Conséquences du surpoids ou de l'obésité sur les activités sportives et les loisirs 104
7.4. Forces et limites de la recherche 105
7.5. Avenues et perspectives de recherche 107
7.6. Retombées pour le travail social 108
8. Conclusion 110
9. Références 115
Annexe 1 : Courbes de croissance 127
Annexe 2 : Consentement éclairé 130
Annexe 3 : Évaluation du fonctionnement social 143
Annexe 4 : Guide d'entrevue semi-structuré 148
Annexe 5 : Questionnaire histoire du développement 158
Annexe 6 : Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans (LCE) 183
Annexe 7 : *Profile of mood states* (POMS-F) 192
Annexe 8 : Analyse de l'estime de soi sans l'aspect culturel-2 (CFSEI-2) 198
Annexe 9 : Certification éthique 204

Liste des tableaux

Tableau 1 : Modèle bioécologique de Bronfenbrenner selon la problématique d'obésité chez les participantes 47

Tableau 2 : Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue 56

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des participantes..... 63

Tableau 4 : Caractéristiques sociodémographiques des parents 65

Tableau 5 : Poids, taille, circonférence de taille et IMC des participantes..... 68

Tableau 6 : Estime de soi des participantes selon leur évaluation subjective et du score obtenu à l'échelle du CFSEI-2 87

Remerciements

Entreprendre un projet d'une telle envergure n'a pas été sans difficulté. Les découragements et les pertes de motivation se sont présentés à quelques reprises tout au long de mon parcours. La réalisation d'un tel projet n'aurait pas été possible sans la contribution personnelle et professionnelle de plusieurs personnes. La contribution de chacun, aussi minime soit-elle, a facilité le chemin vers l'aboutissement de ce mémoire et m'a permis de croire que c'était possible.

Mes premiers remerciements vont à mes deux directrices de mémoire, qui ont fait en sorte que celui-ci se termine à l'issue de deux ans de maitrise. Merci Danielle Maltais, professeure à l'unité d'enseignement en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi pour ton précieux temps, ton écoute, ton soutien et tes conseils. Ton soutien et tes encouragements sont toujours arrivés au bon moment, lors des périodes de découragement. Merci, Patricia Blackburn, professeure et directrice du Module d'enseignement en kinésiologie à l'Université du Québec à Chicoutimi pour ton grand professionnalisme et tes précieux conseils. Tes commentaires constructifs ont grandement contribué à ce mémoire. Merci également de m'avoir permis de m'insérer dans une de tes études.

Mes autres remerciements vont à mon conjoint, aux membres de ma famille et à mes amis. D'abord, merci, Simon, tu as fait preuve d'un soutien extraordinaire à mon égard tout au long de l'écriture de ce mémoire. Tes encouragements et ta compréhension m'ont permis de me raccrocher plus d'une fois à ce projet. Ensuite, merci à mes parents d'avoir cru en moi et de m'avoir témoigné leur fierté tout au long de ce processus. Merci également à mes amies qui ont passé par le même processus, votre compréhension de la situation m'a permis de dédramatiser et de relativiser plus d'une fois.

Grâce à la présence et aux encouragements de chacune de ces personnes, j'ai pu mettre à terme ce mémoire que je croyais au départ, impossible à réaliser.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la santé représente : « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946, p.1). En ce sens, la santé nécessite que tous les besoins fondamentaux, tels qu'affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels d'un individu soient satisfaits, et ce, tout au long de sa vie (OMS, 1946). La santé est donc une notion relative et subjective propre à chaque individu. Dans une société où la santé est de plus en plus importante, que représente-t-elle réellement? Plusieurs déterminants ont des répercussions directes ou indirectes sur l'état de santé. Ainsi, l'état de santé est caractérisé par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, environnementaux et socio-économiques (INPES, 2012). À titre d'exemple, ces facteurs peuvent être le revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, les environnements physiques et sociaux, le patrimoine biologique et génétique, la culture, les habitudes de vie, etc. (INPES, 2012). Par ailleurs, les six dimensions de la santé et du bien-être d'Hettler (1976), telles que la santé sociale, physique, mentale, spirituelle, environnementale et émotionnelle, sont également importantes à prendre en considération lorsque l'on documente l'état de santé d'une personne.

Depuis quelques années, l'actualité foisonne d'articles et de reportages portant sur la santé, notamment, la problématique du surpoids et l'obésité, particulièrement chez les jeunes. Un problème principalement retrouvé chez l'adulte, mais qui progresse rapidement chez les jeunes depuis quelques années (Agence de la santé publique du Canada, 2016).

Rapport-Gratuit.com

Selon l'OMS (2016), l'obésité est considérée comme étant une maladie chronique, par les conséquences négatives qu'elle peut causer sur la santé. Ainsi, le présent mémoire propose d'explorer les impacts sociaux du surpoids et de l'obésité chez une clientèle d'adolescentes ayant participé à un programme de prise en charge multidisciplinaire durant une période de 16 semaines.

Ce mémoire se divise en plusieurs parties. D'abord, la problématique à l'étude est présentée, en documentant les diverses facettes sociales, psychologiques et physiques du surpoids et de l'obésité chez les adolescents. Par la suite, la recension des écrits précise non seulement les conséquences possibles du surpoids sur l'image corporelle et l'estime de soi, mais aussi les conséquences éventuelles de celui-ci dans les différentes sphères de la vie, soit sociales, affectives, amicales, scolaires, etc. Pour sa part, le troisième chapitre présente le cadre conceptuel qui a été utilisé pour l'analyse des informations recueillies dans cette étude. Les divers aspects méthodologiques et éthiques relatifs à ce mémoire sont détaillés dans le chapitre subséquent tandis que les deux derniers permettent de présenter et de discuter des résultats de cette étude.

Problématique

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Le surpoids allant même jusqu'à l'obésité chez les adolescents est une question de plus en plus préoccupante, non seulement au niveau de la santé physique, mais également au niveau de la santé psychologique et sociale, et ce, à travers le monde. Les chercheurs s'accordent sur le fait que le surpoids et l'obésité chez les adolescents sont des problématiques en constante augmentation à l'échelle mondiale, et ce, depuis quelques décennies (INSPQ, 2016; Tounian, 2007; Caprio, Daniels, Drewnowski, Palinkas, Rosenbloom, et al., 2008; Lachala, Orri, Sibeonia, Moroa, Revah-Levyc, 2015).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Mais qu'entendons-nous par surpoids et obésité? Le surpoids et l'obésité font référence à une accumulation excessive de masse grasse (Tyler et Fullerton, 2008). Dans le contexte de l'obésité, cette accumulation de masse grasse est plus importante (Tyler et Fullerton, 2008). En somme, plus l'excès de masse grasse est important, plus l'obésité est sévère (AFEAS, 2005). L'obésité ne fait pas partie de la section des « troubles du comportement alimentaire » du DSM-V puisqu'elle n'est habituellement pas associée à un syndrome psychologique ou comportemental distinct (Schiltz et Brytek-Matera, 2013). Cependant, le surpoids et l'obésité peuvent être considérés comme étant les problématiques de nutrition les plus importantes (Schiltz et Brytek-Matera, 2013). À ce sujet, l'OMS catégorise l'obésité comme étant une maladie chronique par ses effets potentiellement négatifs qu'elle peut causer sur la santé (OMS, 2009; US Department of Health and Human Services, 2000).

Que ce soit chez l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, l'obésité peut être évaluée à l'aide de l'indice de masse corporelle (INSPQ, 2015). L'IMC donne le statut pondéral d'un individu en fonction de sa taille (Cole, Faith, Pietrobelli, et Heo, 2005). Cette mesure est le rapport entre le poids (kg) et la taille élevée au carré (m^2) d'une personne (Bocquier, Boullu-Ciocca, Verger et Olivier, 2006).

Chez l'adulte, il existe des valeurs de référence pour définir un poids normal, un surpoids et l'obésité. Selon les valeurs de référence, pour un adulte de 18 ans ou plus, on parle de surpoids lorsque l'IMC est égal ou supérieur à 25 kg/m^2 et on fait référence à l'obésité lorsque l'IMC est égal ou supérieur à 30 kg/m^2 (OMS, 2016).

Le calcul de l'IMC chez l'enfant et l'adolescent, âgé de moins de 18 ans, est d'autant plus complexe en raison de la croissance et de la composition corporelle associée à cette période (INESSS, 2012; Oppert et Rolland-Cachera, 1998). L'âge et le sexe doivent donc être pris en compte lors de l'interprétation de l'IMC (INESSS, 2012; Oppert et Rolland-Cachera, 1998). Par conséquent, des courbes de croissance de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe ont été élaborées pour permettre une classification du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adolescents (INESSS, 2012). Des classifications proposées, celle de l'OMS (*Annexe 1)* est préconisée dans le document de principes conjoint des Diététistes du Canada, de la Société canadienne de pédiatrie, du Collège des médecins de famille du Canada et des Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada (Pour, 2010). Selon les courbes de croissance de l'OMS, pour un jeune âgé de 5 à 19 ans,

on parle de surpoids lorsque l'IMC se situe entre le 85e et le 97e percentile. On parle d'obésité lorsque l'IMC est supérieur au 97e percentile et on parle d'obésité sévère lorsque l'IMC est au-dessus du 99,9^{e} percentile (Bocquier et al., 2006; Secker, 2010).

2.1. Prévalence du surpoids et de l'obésité

Le statut pondéral s'est grandement modifié depuis la fin des années 1970 (INSPQ, 2016). Selon l'OMS, en 2010, dans le monde il y avait plus de 42 millions de jeunes en surpoids, sans égard à l'intensité du surpoids (OMS, 2016). La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents a plus que doublé au niveau mondial depuis la fin des années 1970 et le début des années 1980 jusqu'au début des années 2000 (INSPQ, 2016; OMS, 2016). Cependant, certaines études tendent à démontrer qu'il n'y a pas eu d'augmentation significative de ces deux problématiques au cours de la dernière décennie dans plusieurs pays, dont le Canada (INSPQ, 2016; Ogden, Carroll, Curtin, Lamb, et Flegal, 2010; Roberts, Shields, de Groh, Aziz, et Gilbert, 2012). Les prévalences sont restées statistiquement stables depuis 2004 (INSPQ, 2016). Une étude américaine rapporte toutefois une augmentation de l'obésité plus sévère chez les garçons âgés de 6 à 19 ans (Ogden et al., 2010).

Au Québec, de 2009 à 2013, près du tiers des jeunes âgés de 6 à 17 ans, soit environ 1,6 million de jeunes étaient en surpoids ou obèses (INSPQ, 2016; Roberts et al., 2012). Le pourcentage de personnes étant en surpoids est relativement similaire dans tous les groupes d'âge et l'IMC moyen était similaire chez les deux sexes (INSPQ, 2016). En

2009, au Québec, les résultats sur le statut pondéral des jeunes démontraient également une tendance à la stabilisation du surpoids au cours des dernières années (Lamontagne et Hamel, 2009). Malgré cette tendance à la stabilité, la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes Québécois âgés de 6 à 17 ans, se maintient à un pourcentage élevé et préoccupant, soit respectivement 25 % pour le surpoids et 9 % pour l'obésité (INSPQ, 2016). Par ailleurs, entre 1981 et 2007-2011, les études ont constaté une augmentation de la circonférence de taille chez les jeunes Québécois âgés de 12 à 17 ans (INSPQ, 2016). En effet, entre 2007 et 2011, chez ces derniers, la circonférence de taille moyenne était de 72 cm et cette mesure était similaire chez les garçons et les filles (INSPQ, 2016). Selon cette mesure, près de 15 % des jeunes étaient à risque accru ou élevé de problèmes de santé (INSPQ, 2016). Effectivement, la circonférence de taille moyenne a augmenté de 2,5 cm au cours de cette période, ce qui représente trois fois plus de jeunes Québécois avec une circonférence de taille impliquant un risque accru ou élevé de problèmes de santé. Cette hausse est significative tant chez les filles que chez les garçons (INSPQ, 2016). Notons que la circonférence de taille est aussi un indicateur de la présence d'obésité.

En 2004, la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean était le deuxième endroit au Québec où il y avait le plus de jeunes présentant un surpoids, avec un taux de 24,3 % (Statistique Canada, 2004). En 2010-2011, dans cette même région, le taux du surpoids chez les jeunes du secondaire était de 24,5 %, dont 8,5 % des filles et16 % des garçons. alors que le taux d'obésité était de 12,8 %. dont 6,5 % des filles et 6,3 % des garçons (Lapierre, Arth, Clouston, Tremblay et Violette, 2014).

Par les statistiques précédemment énumérées, il est possible de conclure que les problématiques que sont le surpoids et l'obésité chez les jeunes sont bel et bien présentes au Québec et au Saguenay-Lac-Saint-Jean. À ce sujet, malgré le fait que l'obésité soit une problématique qui peut être évitée, l'OMS estime que la prévalence de l'obésité à l'âge adulte pourrait presque tripler d'ici 2030, passant de 1,4 milliard en 2009 à 3,3 milliards (OMS, 2013).

Le surpoids engendre des coûts majeurs pour le système de santé. Ces coûts se scindent en coûts directs et indirects. Les coûts directs représentent les coûts associés à la prestation de services de santé. Les coûts indirects renvoient plutôt aux pertes de productivité en cas d'absence du travail pour des raisons de santé, ces absences peuvent être temporaires (absentéisme) ou permanentes (invalidité ou mortalité prématurée) (INSPQ, 2015). Pour le Canada, en 2006, les coûts de soins de santé associés au surpoids et à l'obésité représentent 4,1 % des dépenses totales de santé du pays (Anis et al., 2010). Au Québec, en 2011, le fardeau économique de l'obésité s'élevait à environ 1,5 milliard de dollars (INSPQ, 2015). Cette somme est composée de 110 millions pour l'excédent d'utilisation de visites chez le médecin et de 1,4 milliard de dollars pour les nuits d'hospitalisation excédentaires, chez les personnes souffrant de surpoids et d'obésité. Ce montant représente 10 % des coûts du système de santé, pour ces deux catégories de dépenses de santé (INSPQ, 2015). Par ailleurs, une étude ayant examiné 18 maladies chroniques,

associées directement ou indirectement à l'obésité, a permis d'estimer le fardeau économique de l'obésité à 7,1 milliards de dollars (Anis et al, 2010).

2.2. Déterminants du surpoids et de l'obésité

Les problèmes reliés au poids à l'adolescence sont la conséquence de multiples déterminants, tant biologiques, individuels, comportementaux, familiaux, environnementaux et sociétaux (Institut de la statistique, 2012; Sénécal, 2016). Ces facteurs bien que distincts, sont souvent intriqués et en interaction (Lecerf, 2014).

D'abord, les déterminants biologiques comprennent le sexe, l'âge, la race, la présence de maladie et la prise de médication (Sénécal, 2016). De surcroit, entre également dans les déterminants biologiques la génétique, la périnatalité qui fait référence à la période qui précède et suit immédiatement la naissance, le poids de la mère, le tabagisme pendant la grossesse, l'absence d'allaitement maternel et le poids à la naissance (Gillman et al., 2001; Kuhle, Allen et Veugelers, 2010). Par ailleurs, l'obésité peut être causée par divers déterminants individuels, tels que de faibles estime et affirmation de soi, une insatisfaction de son image corporelle, le stress et l'anxiété et les bénéfices secondaires à l'obésité, par exemple la protection face à la séduction (Sénécal, 2016). Les déterminants comportementaux de l'obésité se traduisent principalement par un déséquilibre énergétique associé à une augmentation de l'apport énergétique et à une diminution de la dépense énergétique (Ebeling et al., 2002; Patrick, Norman, Calfas, Sallis, Zabinski, Rupp, et Cella, 2004; Spruijt-Metz, 2011; Shields, 2006). Elle peut aussi être associée au temps passé devant un

écran (télévision, ordinateur et jeux vidéo inclus) et au nombre d'heures ainsi qu'à la qualité du sommeil (Chaput, Brunet et Tremblay, 2006; Lecerf, 2014). De ces facteurs, le manque d'activité physique ou la sédentarité et une alimentation hypercalorique sont les principales causes du surpoids (Spruijt-Metz, 2011).

Depuis les dernières années, on dénote un changement préoccupant en ce qui concerne les habitudes de vie des jeunes Québécois âgés de 6 à 16 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Lachance et al., 2006). Effectivement, au niveau de la nutrition, les données recueillies démontrent des écarts importants entre les recommandations des experts et les apports alimentaires (Agence de la santé publique du Canada, 2016; Lachance et al., 2006). Plus de la moitié des jeunes âgés de 12 à 19 ans (56,4 %) ont une mauvaise alimentation (Agence de la santé publique du Canada). À titre d'exemple, une très faible proportion des jeunes Québécois, variant de 6 à 11 %, consomment les quantités minimales requises pour chacun des quatre groupes alimentaires du Guide alimentaire canadien (Lachance et al., 2006). Du point de vue de l'activité physique, les *Directives canadiennes en matière d'activité physique* recommandent aux enfants et aux jeunes de faire au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à vigoureuse par jour (Agence de la santé publique du Canada, 2016). Des données montrent que 90,7 % des enfants et des jeunes âgés de 5 à 17 ans ne suivent pas ces recommandations (Agence de la santé publique du Canada, 2016). De plus, les *Directives canadiennes en matière de comportements sédentaires* recommandent de limiter le temps d'écran à un maximum de deux heures par jour pour les enfants et les jeunes (Agence de la santé publique du

Canada, 2016). Les données démontrent qu'un peu plus de la moitié des jeunes (51,8 %) ne respectent pas ces recommandations. En effet, en 2012-2013, le temps moyen d'écran chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans était estimé à 8,8 heures/jour et chez les jeunes de 15 à 17 ans, le temps d'écran était estimé à 9,5 heures (Agence de la santé publique du Canada, 2016). Passer plusieurs heures devant un écran est associée à des risques pour la santé, notamment l'obésité et le déclin de la condition physique (Agence de la santé publique du Canada, 2016).

D'autre part, il est essentiel de considérer l'importance des déterminants environnementaux et sociétaux tels les transports publics, l'aménagement urbain, la disponibilité et l'accessibilité des aliments ou encore les services offerts en ce qui concerne l'activité physique. La manière dont ces déterminants peuvent influer sur les problèmes de poids des adolescents peut s'expliquer par leur impact sur la disponibilité et l'accessibilité des équipements, des installations ou des programmes d'activité physique offerts (Shield, 2006). Par ailleurs, certains groupes dans la société sont également plus à risque de souffrir de surpoids (Shields, 2006). Effectivement, le statut socio-économique, le milieu familial et le milieu scolaire, l'ethnicité, l'immigration, la vie en milieu rural ou éloigné des grands centres urbains sont des facteurs déterminants dans le taux d'obésité au sein d'une population (Sénécal, 2016; Shields, 2006). En effet, les jeunes vivant dans un ménage à revenu moyen sont plus susceptibles d'être en surpoids ou obèses que ceux qui vivent dans un ménage à revenu élevé (Shields, 2006). De surcroit, cette tendance a également été constatée chez les jeunes vivant dans un ménage où aucun de ses membres n'avait atteint

Rapport-Gratuit.com

le diplôme d'études secondaires en comparaison avec les jeunes vivant dans un ménage où le niveau de scolarité était plus élevé (Shields, 2006). Cette auteure ne démontre cependant aucune association significative entre la région de résidence et le risque de devenir obèse.

2.3. Impacts à court terme du surpoids et de l'obésité

Le surpoids va bien plus loin qu'un simple problème d'esthétique (Vignette, 2001). Effectivement, l'obésité à l'adolescence est associée à de nombreuses conséquences, à court et à long terme, sur la santé physique, psychologique et sociale (Bocquier et al., 2006). Ces conséquences sont d'autant plus importantes une fois à l'âge adulte (INESSS, 2012; Heude et Charles, 2001).

Au niveau de la santé physique, le surpoids, peu importe la gravité, est associé à une augmentation du risque de développer une résistance à l'insuline, le syndrome métabolique et le diabète de type 2 (Fennoy, 2010; Daniels, 2009; Lambert et al., 2008). De plus, les adolescents en surpoids sont également plus à risque de souffrir d'hypertension artérielle, de dyslipidémies, d'athérosclérose et d'hypertrophie ventriculaire gauche (Daniels, 2009; Lambert et al., 2008). Les jeunes atteints d'obésité ont également 2,4 fois plus de chance d'avoir un taux de cholestérol plus élevé en comparaison avec les jeunes ayant un poids santé (Freedman et al., 1999). Une étude a aussi démontré que chez 75 % des jeunes obèses, l'état des artères pouvait être similaire à ceux d'un adulte âgé de 45 ans (Le, Zhang, Menees, Chen, et Raghuveer, 2010). Toujours au niveau de la santé physique, le surpoids est lié à certaines affections hépatiques, respiratoires (asthme) et orthopédiques (Schwimmer et al., 2006).

De plus, un nombre important d'adolescents souffrent d'apnée du sommeil, un trouble associé à l'hypoxémie, à l'hyper-tension pulmonaire ou systémique et aux troubles neurocognitifs (Arens et Muzumdar, 2010). Ces troubles neurocognitifs ont des retombées négatives chez les adolescents puisque ces derniers éprouvent plus souvent des difficultés d'attention, une diminution de la performance académique, des troubles de comportements, etc. (Bocquier et al., 2006).

La présence de surpoids ou d'obésité chez les adolescents a des conséquences tout aussi importantes sur la santé psychosociale. En effet, plusieurs études démontrent que les adolescents en surpoids ou obèses sont plus à risque d'avoir une faible estime de soi, une insatisfaction corporelle, de faibles compétences dans les activités sociales et sportives et un faible soutien social (Buttittaet al., 2014; Griffiths, Parsons, et Hill, 2010; Lefèvre, 2015; O'dea, 2006; Schwimmer et al., 2003). D'autre part, les adolescents en surpoids sont également plus à risque de présenter des symptômes de dépression et d'anxiété en comparaison avec les adolescents ayant un poids santé (Britz, Siegfried, Ziegler, et al., 2000; Erermis, Cetin, Tamar, et al., 2004; Griffiths, Parsons, et Hill, 2010; Rofey, Kolko, Iosif, et al., 2009;). Il y a d'ailleurs une corrélation positive entre l'IMC et la présence de symptômes d'anxiété et de dépression. Effectivement, plus l'IMC est élevé, plus les symptômes d'anxiété et de dépression sont importants (Cartwright et al., 2003; Goldfield et al., 2010). À ce sujet, Sudres et ses collaborateurs (2013). estime qu'un adolescent en surpoids sur trois présenterait des symptômes d'anxiété et qu'un adolescent sur cinq souffrirait de symptômes dépressifs. L'IMC est également associé à la détresse

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

psychologique chez les adolescents en surpoids (Kubzansky, Gilthorpe et Goodman, 2012). Ainsi, plus l'IMC est élevé, plus la détresse psychologique tend à être élevée (Cartwright et al., 2003; Goldfield et al., 2010).

D'un autre point de vue, l'association entre le surpoids et une faible performance scolaire a été établie par Taras et Potts-Detema (2005). En effet, les jeunes en surpoids ou obèses ont un risque 1,5 fois plus élevé d'avoir de mauvaises performances scolaires comparativement aux jeunes ayant un poids santé (Krukowski et al., 2009). De plus, les étudiants obèses sont 61 % moins enclins à terminer des études universitaires (Fowler-Brown, Ngo, Phillips, et Wee, 2010). Ces faibles performances scolaires peuvent être expliquées entre autres par les problèmes psychosociaux que peuvent vivre les jeunes en surpoids, tels qu'une faible estime de soi, des manifestations dépressives, la stigmatisation, etc., et aussi par le niveau socio-économique et la scolarité des parents (Fowler-Brown et al., 2010).

2.4. Impacts à long terme du surpoids et de l'obésité

Les différents problèmes associés au surpoids ou à l'obésité pendant l'adolescence ont des répercussions à long terme, en ce qui a trait à la santé physique et psychosociale. D'abord, un fort pourcentage des adolescents en surpoids deviendront des adultes obèses (Basdevant, 2006). En effet, il a été rapporté que ces adolescents ont au moins deux fois plus de chance d'être obèses à l'âge adulte (Basdevant, 2006). À ce sujet, il existe une différence entre les enfants et les adolescents concernant cette relation. Dans le cas des

enfants obèses, environ 50 % d'entre eux deviendront des adultes obèses. Chez les adolescents obèses, 64 % à 90 % d'entre eux deviendront des adultes obèses (Singh, Mulder, Twisk, Van Mechelen, et Chinapaw, 2008). Le pourcentage d'adolescents qui deviendront des adultes obèses est également plus élevé chez ceux dont les parents sont obèses (Singh et al., 2008). Toutefois, cette proportion est moins élevée chez les adolescents n'ayant qu'un léger surpoids (Singh et al., 2008).

En ce qui a trait à la santé physique, un IMC élevé chez les adolescents est lié à une augmentation du risque de développer une maladie coronarienne à l'âge adulte (Basdevant, 2006). Dans le cas où la prévalence de l'obésité poursuivrait son évolution actuelle, une étude prévoit une augmentation de ces maladies de l'ordre de 5 % à 16 % d'ici les 20 prochaines années (Raghuveer, 2010). Par ailleurs, certains problèmes de santé, telles que les maladies coronariennes, cérébrovasculaires, métaboliques ou respiratoires et le cancer du côlon peuvent résulter d'un IMC élevé à l'adolescence (Bjorge, Engeland, Tverdal, et Smith, 2008). Finalement, un IMC élevé chez les adolescents est directement lié à une augmentation du risque de décès à l'âge adulte (Basdevant, 2006; Charles, 2007; Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Plusieurs études ont été effectuées concernant les répercussions psychosociales du surpoids à l'âge adulte (Basdevant, 2006; Lachal et al., 2015; Lefèvre, 2015). Certaines constantes reviennent et indiquent que l'obésité à l'adolescence est prédictive de dépression à l'âge adulte (Basdevant, 2006; Lachal et al., 2015; Lefèvre, 2015). De plus, le jeune en

surpoids peut faire face à certaines inégalités en ce qui à trait à l'accès à l'emploi, au revenu et à l'intégration sociale, une fois adulte (Tibère et al., 2007).

L'obésité à l'adolescence est un déterminant de l'obésité à l'âge adulte. Conséquemment, son impact sur le plan clinique et social est très important à considérer puisque ces problématiques ont des conséquences néfastes sur plusieurs aspects de la vie des jeunes. De plus, l'obésité à l'adolescence engendre des coûts directs (soins de santé, transports, etc.) et indirects (perte de productivité, décès, etc.) importants au système de santé (Oppert et Rolland-Cachera, 1998). Ces différents coûts peuvent survenir tant à court terme qu'à long terme dans la vie de l'individu, c'est-à-dire pendant l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Cependant, les études démontrent que la plupart des coûts liés à l'obésité à l'adolescence surviennent généralement à l'âge adulte (Basdevant, 2006). De plus, si l'obésité poursuit son évolution actuelle, il est démontré que les coûts associés au surpoids ou à l'obésité pourraient atteindre un niveau insoutenable pour les sociétés et pour leur système de santé (OMS, 2005; Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Il apparaît donc important d'approfondir les connaissances sur le sujet, puisque le surpoids et l'obésité sont des problématiques dont la prévalence est en constante augmentation en présentant les résultats d'une étude qui visait les objectifs spécifiques suivants : 1) documenter les impacts du surpoids et de l'obésité sur l'estime de soi et l'image corporelle chez les adolescentes et 2) identifier les impacts de l'obésité chez les adolescentes dans les différentes sphères de leur vie, soit personnelle, sociale et scolaire.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Recension des écrits

La manière dont le surpoids et l'obésité sont considérés socialement a évolué au cours des dernières années et ces problématiques sont actuellement jugées selon une certaine norme sociale idéalisant la minceur voire même la maigreur. Les représentations sociales de l'obésité se sont modulées sous l'effet des normes culturelles, économiques et politiques (Schaefer et Mongeau, 2000). Par ailleurs, l'évolution des normes d'esthétiques a fortement contribué à la mise en place des préjugés envers le surpoids et l'obésité (Schaefer et Mongeau, 2000).

Les enfants et les adolescents définissent et comprennent l'obésité davantage par rapport à des situations relationnelles et sociales que sur des caractéristiques individuelles (Lachal et al., 2015). De plus, la prise de conscience de l'obésité survient le plus souvent lorsque l'adolescent est victime du regard social et de moqueries de la part des pairs. Ce problème de santé peut avoir de graves conséquences psychologiques et sociales sur l'estime de soi, l'image corporelle, le rendement et la persévérance scolaire ainsi que sur le type et la fréquence des interactions sociales, et ce, même à l'âge adulte (Lachal et al., 2015). La prochaine section porte sur l'image corporelle et sur l'estime de soi reliée au surpoids ou à l'obésité à l'adolescence, ainsi que sur la norme sociale entourant le culte de la minceur.

3.1. Norme sociale

Selon une perspective de santé publique, la modification des normes sociales est une voie d'action sur l'environnement social pouvant ainsi influencer les conduites individuelles (Institut national de santé publique du Québec, 2012). Depuis déjà quelques années, la norme de la beauté évolue avec une certaine constance vers un modèle corporel unique (Baril, Paquette et Gendreau, 2011). La norme actuelle du corps valorise la minceur, voire même, la maigreur chez les jeunes filles et les femmes alors que chez les jeunes garçons et les hommes, ce sont plutôt les corps athlétiques et musclés qui sont valorisés. L'influence médiatique contribue fortement à la création et au maintien du culte de la minceur (Hesse-Biber, 1996; Baril, Paquette etGendreau, 2011).

La norme sociale valorisant la minceur est associée à la beauté, à la propreté, au succès, à la forme physique et à la santé (Lachance et al., 2006; Schwartz et Brownell, 2004). Pour leur part, les personnes souffrant de surpoids ou d'obésité sont considérées comme étant faibles, paresseuses, négligentes, incompétentes et émotionnellement instables, ce qui peut avoir une influence sur l'estime de soi (Schwartz et Brownell, 2004). La valorisation sociale de la minceur n'est pas universelle, elle est une caractéristique de la modernité occidentale (Tibere et al., 2007). Les critères de beauté divergent ainsi selon la culture d'appartenance (Thompson, Sargent et Kemper, 1996; Tiggemann et al, 2005; Valls, Rousseau et Chabrol, 2013). Cette norme sociale subit actuellement l'influence médiatique, qui contribue au maintien du culte de la minceur (Hesse-Biber, 1996; Baril, Paquette et Gendreau, 2011). Les échelles d'évaluation de

l'estime du corps montrent que les individus évaluent leur corps selon plusieurs dimensions (par exemple, la condition physique, la préoccupation envers le poids, l'attirance sexuelle). Le culte de l'image et du corps parfait affecte principalement les femmes, mais également les hommes. Ceux-ci sont maintenant de plus en plus nombreux à vouloir se conformer aux critères de beauté (Schaefer et Mongeau, 2000; Lachance et al., 2006). Le constat principal ressortant des écrits consultés par rapport au culte de la minceur est que la prolifération d'images médiatiques proposant un modèle unique de beauté engendre plusieurs conséquences, parfois graves, chez les individus (Derenne et Beresin, 2006; Wiseman, Sunday et Becker, 2005). Cette norme sociale est un important facteur de risque à l'insatisfaction de l'image corporelle et de l'estime de soi (Cantin et Stan, 2010). Effectivement, l'écart croissant entre la norme sociale et la réalité a pour conséquence qu'une proportion élevée de femmes et d'hommes éprouvent une insatisfaction à l'égard de leur poids et de leur image corporelle (Schaefer et Mongeau, 2000; Lachance et al., 2006). Cette insatisfaction peut alors conduire à vivre de l'anxiété, de la dépression et diverses pratiques qui sont à risque pour la santé comme les troubles de conduite alimentaire, l'exercice physique excessif, etc. (Ricciardelli, McCabe et Banfield, 2000).

Cette norme sociale et ses composantes sont déjà en place à l'adolescence. En effet, dès la préadolescence, la notion d'image qu'on renvoie à l'autre peut devenir une source d'inquiétude pour l'enfant (Delarue, 2010). À ce sujet, des données indiquent que dès l'âge de cinq ans, les enfants ont déjà intégré le préjugé culturel concernant le surpoids et l'obésité (Dion, Hains, Vachon, Plouffe, Perron, Laberge, McDuff et Leone, 2016;

Musher-Eizenman et al., 2003). Les phénomènes énumérés dans cette section soulignent donc une plus forte pression sociale à être mince et la stigmatisation dont les adolescentes souffrent en cas de surpoids ou d'obésité (Lefèvre, 2015). Les attitudes négatives entourant le surpoids et l'obésité ont également des effets néfastes sur l'estime de soi et l'image corporelle des adolescents (Schaefer et Mongeau, 2000). Ces données semblent importantes à considérer lorsqu'on sait que les personnes se rapprochant davantage de la norme esthétique actuelle ont souvent une meilleure estime d'elles-mêmes (Friedman et Brownell, 1995). Enfin, les représentations sociales ont non seulement de graves conséquences sur l'image de soi et l'estime de soi, mais elles ont aussi tendance à produire deux effets sur les personnes étant en surpoids dont l'importance de ces effets varie selon la personne (Schaefer et Mongeau, 2000). D'abord, les représentations sociales actuelles entourant l'obésité contribuent à perpétuer les préjugés et les stigmates à l'égard des adolescents obèses et deuxièmement, elles favorisent les préoccupations excessives concernant le poids (Schaefer et Mongeau, 2000).

3.2. Estime de soi et image corporelle

L'adolescence est une période où il y a des changements qualitatifs importants au niveau des représentations de soi (Fourchard et Courtinat-Camps, 2013). L'image corporelle fait partie de ces représentations de soi et occupe une place particulièrement importante à l'adolescence. La perception du corps joue donc un rôle important dans la construction de l'estime de soi, et plus particulièrement à l'adolescence (Fourchard et Courtinat-Camps, 2013). Les adolescents en surpoids ou obèses sont plus susceptibles d'avoir à la fois une

Rapport-Gratuit.com

faible estime de soi et une plus grande insatisfaction de leur image corporelle en comparaison avec des adolescents n'ayant pas de problème de poids (Dion et al., 2016; O'dea, 2008).

3.2.1. Estime de soi

L'estime de soi fait référence à la valeur qu'une personne s'accorde à elle-même, considérant la confiance en son efficacité personnelle et les mérites qu'elle s'accorde (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt, et Schimel, 2004). Elle est un facteur composant le bien-être (Labelle et al., 2001). L'estime de soi est une ressource personnelle qui s'instaure pendant l'enfance et qui contribue à une meilleure adaptation sociale, à une bonne santé mentale et au bien-être (Blackburn et al., 2008). L'estime de soi est la composante affective de l'identité personnelle; elle est un des fondements de l'image de soi (Fouchard et Courtinat-Camps, 2013). Celle-ci se construit selon diverses caractéristiques personnelles et sociales et est liée à la satisfaction de son image corporelle (Blackburn et al. 2008). Aussi, la notion d'estime de soi réfère au sentiment personnel de confiance en soi. En ce sens, elle équivaut à la valeur et au respect qu'une personne s'attribue à elle-même (Breton et al., 2002). L'estime de soi est considérée selon un modèle multidimensionnel organisé hiérarchiquement, dans lequel se trouve l'appréciation générale que l'individu a de lui-même (Rosenberg, 1965) ainsi que des constructions plus spécifiques associées aux compétences, telles que le soi social, scolaire ou physique. L'une de ces dimensions prend une place centrale à l'adolescence, il s'agit de la perception du soi physique (Fourchard et Courtinat-Camps, 2013).

Plusieurs facteurs sont associés à une faible estime de soi, tels qu'une insatisfaction corporelle (Mond, Van den Berg, Boutelle, Hannan et Neumark-Sztainer, 2011; Seidah, Bouffard et Vezeau, 2004), le poids (Franko et al., 2005), la détresse psychologique (Goodman et Whitaker, 2002), l'âge et le sexe (Ketata et al., 2010). Diverses études ont aussi constaté que le poids est en corrélation négative avec l'estime de soi chez les filles, et ce, dès l'âge de cinq ans (Davison et Birch, 2002; O'dea, 2008; Forste et Moore, 2012). Des études ont également démontré que plus l'IMC est élevé, plus l'estime de soi est faible (Hesketh, Wake et Waters, 2004; Ketata et al., 2010). De même, les études rapportent une amélioration de l'estime de soi parallèlement à la perte de poids (Sacher, Chadwick, Wells, et al., 2005; Walker, Gately, Bewick, et al., 2003). Il a également été constaté que l'IMC et l'estime de soi sont associés à des pressions pour maigrir et à des critiques de la part des pairs en ce qui concerne l'apparence physique (Cantin et Stan, 2010). En effet, les jeunes en surpoids et avec une faible estime de soi font l'objet de plus de pression et de critiques négatives quant à leur apparence physique (Cantin et Stan, 2010). Dans l'ensemble, les résultats indiquent que l'estime de soi est modérément corrélée à l'IMC, mais également à des facteurs sociaux.

3.2.1.1 Conséquences du surpoids et de l'obésité sur l'estime de soi

Dans les écrits consultés, la relation entre l'obésité et l'estime de soi ne fait pas l'unanimité (Ozmen et al., 2007). Cette divergence entre les résultats pourrait être associée au choix de la population étudiée (Mendelson, Mendelson et Andrews, 2000). Cependant, dans la majorité des études, l'estime de soi chez les jeunes en surpoids tend à être plus faible en

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

comparaison à des jeunes de poids normal (Ketata, Aloulou, Charfi, Abid, et Amami, 2010; Lefèvre, 2015; Sudres et al., 2013). En effet, une méta-analyse a démontré que six études sur neuf ont révélé une diminution de l'estime de soi globale chez les jeunes obèses en comparaison avec des jeunes de poids santé (Griffiths, Parsons et Hill, 2010). Selon Sudres et al. (2013), près d'un adolescent sur deux atteint de surpoids ou d'obésité présente un score d'estime de soi faible, sans différence à l'égard du genre. Dans une autre étude, on dénote que trois adolescents sur quatre atteints d'obésité ont une estime de soi altérée, sans corrélation avec l'IMC, l'âge ou le sexe (Lefèvre et al. 2011). Abondant dans le même sens, une autre étude évaluant des adolescents obèses au début d'une prise en charge tend vers les mêmes résultats en démontrant un score « faible » ou « très faible » sur l'échelle de Rosenberg (1965), correspondant à une très forte dévalorisation chez trois adolescents obèses sur quatre, sans différence avec l'âge, le sexe ou l'IMC (Lefevre et al., 2011).

3.2.2. Image corporelle

La notion d'image corporelle fait référence à la représentation interne qu'un individu a de son apparence physique (Dany et Morin, 2010; Grogan, 2016) et de son poids (Grogan, 2016; Thompson et al., 2005). L'image corporelle correspond donc à une perception systématique, cognitive, affective, consciente et inconsciente qu'une personne a de son propre corps physique, imaginaire et symbolique (Thompson et al., 2005; Schiltz et Brytek-Matera, 2013). Cette image corporelle s'acquiert tout au long du développement de la personne, et ce, à travers ses relations sociales (Eide, 1982 cité dans Duchesne, 2014). Elle

est évolutive et change avec l'âge (Dany et Morin, 2010). Plusieurs notions (idéal corporel, corps perçu, satisfaction et insatisfaction de l'image corporelle) se trouvent au cœur de ce concept et de son évaluation (Dany et Morin, 2010). Les troubles de l'image corporelle se scindent en deux aspects, soit l'estimation corporelle et l'insatisfaction corporelle, qui sont intimement reliés (Cantin et Stan, 2010). L'estimation corporelle réfère à la satisfaction qu'une personne a de son propre corps (Smolak, 2004). L'insatisfaction corporelle fait davantage référence à la dimension affective (Cantin et Stan, 2010). Elle représente les pensées et les sentiments négatifs qu'une personne entretient à l'égard de son corps (Grogan, 2016). L'évaluation du corps est probablement l'aspect le plus important associé à l'image corporelle (Cantin et Stan, 2010). Être en mesure d'évaluer son corps exige que la personne soit consciente de son propre corps, qu'elle puisse le comparer à un idéal intériorisé (Cantin et Stan, 2010). Chez les personnes en surpoids ou obèses, la représentation des proportions du corps est souvent réaliste. Cependant, elle possède souvent une connotation émotionnelle très négative pouvant ainsi avoir une influence négative sur l'image du corps (Berdah, 2010; Cash et Pruzinsky, 2004 cités dans Schiltz et Brytek-Matera, 2013). À ce sujet, Cantin et Stan (2010) ont démontré que les sentiments négatifs concernant l'image corporelle, à l'adolescence, semblent se consolider et s'accroître au fil du temps. Les sentiments à l'égard de l'image corporelle peuvent différer si la personne considère son apparence physique de manière globale ou son poids de manière plus précise. Ces deux dimensions sont généralement intimement liées et s'avèrent fortement influencées par l'image dont la personne pense que les autres peuvent avoir d'elle (Mendelson et al., 2001).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une insatisfaction de l'image corporelle, tels que le degré de surpoids, le fait d'être une femme, l'impulsivité alimentaire, l'âge de la survenue de l'obésité, la race/l'ethnicité, la recherche d'une prise en charge et une faible estime de soi (Berdah, 2010; Cantin et Stan, 2010; Schwartz et Brownell, 2004). L'âge de début de l'obésité n'influence pas nécessairement l'image corporelle. Cependant, plus l'obésité est précoce, plus l'insatisfaction corporelle perdurera dans le temps (Schwartz et Brownell, 2004). D'un point de vue esthétique, il y a une dévalorisation de l'image corporelle reliée à l'excès de masse graisseuse. Il ne s'agit pas seulement de l'apparence physique du corps, il peut aussi y avoir de l'insatisfaction au niveau cutané, c'est-à-dire que les vergetures sont souvent présentes principalement au niveau du ventre et des bras (Lefèvre, 2015). Aussi, la taquinerie et la stigmatisation quant au poids, non seulement par les pairs, par les parents, mais aussi par le corps médical, sont corrélées avec une plus grande insatisfaction de l'image corporelle, chez les enfants et les adolescents (Cantin et Stan, 2010; Schwartz et Brownell, 2004; Smolak, 2004). Par ailleurs, la stigmatisation à l'égard des jeunes obèses peut également avoir des impacts sur l'éventuel changement de leurs habitudes de vie. Selon Cahnman (1968), la stigmatisation reliée à l'obésité fait référence : « au rejet et à la disgrâce qui sont associés à ce qui est vu (obésité) comme une déformation physique et une aberration comportementale […] » (cité dans Berdah, 2010, p.187). L'individu se trouve à être réduit aux caractéristiques de l'étiquette, effaçant du même coup les autres qualités derrière le stigmate. Il peut alors s'en suivre une série de discrimination et de mesures d'exclusion plus ou moins sévères (Berdah, 2010). Ainsi, il

peut survenir une dépréciation personnelle qui aboutit à une altération de l'image de soi, conduisant ainsi la personne à considérer comme normaux et légitimes les comportements discriminatoires à son égard (Tibere et al., 2007). Cette stigmatisation semble être expliquée non seulement par la norme sociale entourant le culte de la minceur, mais aussi par le discours médical (Basdevant et Guy-Grand, 2004). En outre, l'obésité est associée à un risque accru de conséquences psychosociales pouvant également contribuer à une insatisfaction de l'image corporelle (Harriger et Thompson, 2012).

3.2.2.1 Conséquences du surpoids et de l'obésité sur l'image corporelle

L'obésité est souvent associée à une plus grande insatisfaction de l'image corporelle (Schwartz et Brownell, 2004). Selon Sudres et ses collaborateurs (2013), l'image corporelle est perturbée chez les enfants et les adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité. Cependant, ce ne sont pas tous les adolescents souffrant de surpoids ou d'obésité qui sont insatisfaits de leur image corporelle (Schwartz et Brownell, 2004). Différents chercheurs ont largement démontré que les jeunes souffrant d'obésité ont une plus grande propension à l'insatisfaction de l'image corporelle en comparaison avec les jeunes ayant un poids santé (Harriger et Thompson, 2012; Heinberg et Thompson, 2009; Smolak et Thompson, 2009). En effet, selon Lefèvre (2015), chez une population d'adolescents souffrant d'obésité, une adolescente sur deux et un adolescent sur cinq présenteraient une insatisfaction de leur image corporelle. Pendant l'enfance, la prévalence de l'insatisfaction de l'image corporelle s'avère relativement comparable chez les garçons et chez les filles. Toutefois à l'adolescence, il y a l'émergence d'une différenciation entre les garçons et les filles quant à l'insatisfaction

corporelle (Bearman, Presnell, Cantin, et Stan, 2010; O'dea, 2006). Par exemple, plusieurs études ont démontré que les adolescentes ont davantage tendance à se déprécier que les jeunes hommes du même groupe d'âge (Mendelson, White, et Mendelson, 1995; O'dea, 2008). De telles différences concernant le concept de soi se sont révélées être particulièrement saillantes chez les adolescentes chez qui le poids est particulièrement élevé (Furnham, Badmin, et Sneade, 2002; Mendelson, Mendelson, et Andrews, 2000). Dans l'étude de Lefèvre et ses collaborateurs (2011), portant sur 200 adolescents pris en charge dans un service visant à prévenir et à traiter l'obésité, il a été remarqué que la demande de prise en charge était principalement effectuée par les filles, soit deux filles pour un garçon, malgré une quasi-parité entre les deux sexes au moment de la prise en charge. Cette même étude a aussi permis de constater que le principal motif de consultation demeurait un mal-être physique et psychologique. En effet, les principales raisons évoquées étaient « se sentir trop gros », « difficultés à se vêtir », « être avec les autres et pour faire comme les autres » (Lefèvre et al., 2011; Lefèvre, 2015). Par contre, les conséquences potentielles de l'obésité en ce qui a trait à son état de santé physique affectent peu les jeunes, puisque seulement un adolescent sur cinq avait consulté pour une crainte de complications médicales futures (Lefèvre et al., 2011).

3.2.2.2. Conséquences d'une faible estime de soi et d'une insatisfaction de son image corporelle

Une faible estime de soi et une insatisfaction de l'image corporelle ont des conséquences potentiellement néfastes sur la santé psychologique (détresse psychologique, anxiété, symptômes dépressifs), physique (troubles alimentaires), sociale (retrait social) et académique

(déscolarisation) (Martyn-Nemeth et al., 2009; Paxton et al., 2006). Ces conséquences sont davantage observables chez les adolescents obèses (O'dea, 2006). Pendant l'adolescence, ces conséquences se maintiennent et peuvent même s'aggraver (Martyn-Nemeth et al., 2009; O'dea, 2006). En effet, l'estime de soi est négativement corrélée avec des symptômes d'anxiété et de dépression, chez une population d'adolescents en surpoids ou obèses (Rofey et al., 2009; Sudres et al., 2013). Par ailleurs, des préoccupations associées à l'image corporelle sont intimement reliées à une plus faible estime de soi et à des sentiments de détresse psychologique (Sudres et al., 2013). Les perceptions négatives quant à l'image corporelle et à l'estime de soi sont fortement liées à une faible satisfaction de la vie chez les adolescentes obèses (Forste et Moore, 2012). Friedman et al. (2002) montrent également que l'insatisfaction corporelle module la relation entre le degré d'obésité et la détresse psychologique, mais qu'il n'y a pas de relation linéaire. Ainsi, les personnes obèses ayant une évaluation très négative de leur apparence physique présentent un niveau élevé de dépression et un faible niveau d'estime de soi. Ceci peut donner lieu à un réel engrenage, enlisant les adolescents en surpoids ou obèses dans un cercle vicieux conjuguant une mauvaise estime de soi, une insatisfaction de l'image corporelle, la présence de manifestations d'anxiété et de symptômes dépressifs ainsi que des comportements alimentaires malsains (Martyn-Nemeth et al., 2009).

On peut alors supposer que l'ensemble de ces manifestations amène une altération de la qualité de vie des adolescents en surpoids (Lefèvre, 2015). L'estime de soi ayant aussi une influence sur la détresse psychologique, laisse croire qu'elle joue un rôle médiateur

entre l'image corporelle et la détresse psychologique. Ainsi, une bonne estime de soi diminuerait la relation entre l'insatisfaction de l'image corporelle et les symptômes d'anxiété et de dépression (Duchesne, 2014).

3.3. Conséquences du surpoids et de l'obésité sur la qualité de vie chez les adolescents

Les conséquences qu'entraine l'obésité chez les adolescents diffèrent selon la gravité de l'obésité, le moment de sa survenue, l'environnement de la personne et ses traits de personnalité (Oderda et Tounian, 2013). Une des conséquences majeures du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent consiste en une mauvaise adaptation psychosociale (OMS, 2016). Le surpoids amène aussi une détérioration de la qualité de vie (Lefèvre, 2015). En effet, des auteurs rapportent que des jeunes gravement obèses ont une qualité de vie cinq fois moins élevée en comparaison avec des jeunes sans problème de poids (Schwimmer, Burwinkle et Varni, 2003). Schwimmer, Burwinkle et Varni (2003) ont démontré que cette modification de la qualité de vie est similaire chez des enfants et des adolescents ayant un diagnostic de cancer. Par ailleurs, des auteurs démontrent que la satisfaction de la qualité de vie et l'IMC sont positivement corrélés. En effet, la satisfaction de la vie tend à diminuer lorsque le poids corporel augmente (Forste et Moore, 2012). Relativement à la satisfaction de la vie, les garçons déclarent être plus satisfaits que les filles et ce niveau de satisfaction tend à diminuer avec l'âge (Forste et Moore, 2012). Enfin, chez les jeunes en surpoids, la relation entre le poids corporel et la satisfaction de la vie est modulée par la perception de soi, des pairs, de la famille et de l'école (Forste et Moore, 2012).

Chez les adolescents, les conséquences immédiates de l'obésité sont avant tout d'ordre social, tel qu'une faible estime de soi, une insatisfaction de l'image corporelle, mais aussi d'ordre affectif, scolaire et éventuellement professionnel (Heude et Charles, 2001; Daniels, 2009). Ces mêmes conséquences, potentiellement présentes chez les adolescentes, ont également été relevées à l'âge adulte (Bocquier et al., 2006; Heude et Charles, 2001). Les prochaines sections traitent de ces conséquences.

3.4. Conséquences sociales du surpoids et de l'obésité

L'obésité est un problème social par la manière dont les personnes obèses sont considérées dans les sociétés (Lefèvre, 2015). En ce sens, Wing et Jeffery, (1999) ont démontré que les personnes obèses sont perçues plus négativement que certains groupes dans la société, soit les minorités ethniques, les femmes et les personnes à mobilité réduite. Par ailleurs, il a été rapporté qu'au moment d'une prise en charge, si le professionnel de la santé a des comportements stigmatisants à l'égard de la personne obèse, cette prise en charge sera moins efficace (Jackson et al., 2014).

Que ce soit au sein de sa famille ou au moment de son entrée en collectivité, l'adolescent en surpoids est constamment confronté au regard des autres, à des moqueries et à des dévalorisations, non seulement de la part des pairs, mais aussi de la part de certains membres de la famille et même du personnel médical (Smolak, 2004). Le poids et l'apparence sont les premières causes d'intimidation chez les adolescents (Sénécal, 2016). Les enfants jouent un rôle important dans le phénomène de stigmatisation. Dès l'âge de

Rapport-Gratuit.com

trois ans, ceux-ci montrent des comportements de stigmatisation à l'égard des personnes en surpoids (Berdah, 2010). L'école demeure donc l'un des principaux lieux où s'installent les phénomènes de stigmatisation et de discrimination (Tibere et al., 2007). Les jeunes en surpoids sont ainsi plus souvent la cible de stigmatisation, de discrimination et de violence verbale pouvant même aller jusqu'à la violence physique de la part des pairs (Erickson, Robinson, Haydel, et Killen, 2000). D'ailleurs, la fréquence de l'intimidation et de la discrimination est plus élevée chez les adolescents obèses par rapport aux adolescents de poids normal (Forste et Moore, 2012). De plus, dans une étude évaluant la satisfaction de vie des adolescents, il a été démontré que plus les adolescents sont obèses, plus ils sont victimes d'intimidation et moins ils sont acceptés par leurs pairs (Forste et Moore, 2012). La stigmatisation et le rejet des adolescents obèses entrainent une intégration sociale future plus difficile, et ce, dès le plus jeune âge (Heude et Charles, 2001). Autrement dit, la stigmatisation tend à rendre plus difficiles la socialisation et l'intégration dans un groupe de pairs (Lobstein, Baur et Uauy, 2004; Tibere et al., 2007). Les adolescents obèses ont aussi un plus faible soutien social et un réseau social plus limité que les adolescents ayant un poids corporel normal (Martyn-Nemeth et al., 2009). Plusieurs adolescents obèses sont donc marginalisés au niveau social (Strauss et Pollack, 2003).

La difficulté d'intégrer un groupe peut aussi être provoquée par la personne elle-même (Delarue, 2010). En effet, par ses comportements, l'adolescent en surpoids peut volontairement se distancer de la relation à l'autre (Delarue, 2010). Les sentiments de dévalorisation et de stigmatisation fréquents sont associés à un possible isolement social (Lefèvre, 2015). Ce repli

sur soi et l'isolement social s'associent souvent à un sentiment de honte, par exemple de manger en public, de se rendre dans des lieux publics, de passer au tableau en classe et de s'exposer sur des réseaux sociaux (Oderda et Tounian, 2013). Par ailleurs, la stigmatisation peut engendrer un processus de dévalorisation impliquant alors l'acceptation de l'étiquette négative donnée par le groupe de pairs (Martyn-Nemeth, et al., 2009; Tibere et al., 2007). Ainsi, l'obésité peut avoir comme impact, chez l'adolescent, un éloignement volontaire de la vie sociale, amicale, familiale et affective (Delarue, 2010).

Les impacts négatifs de la stigmatisation deviennent souvent le centre des préoccupations, amenant ainsi souffrance et détresse psychologique (Lefèvre, 2015; Tibere et al., 2007). Ces impacts sont considérablement plus importants chez les filles que chez les garçons (Germov et Williams, 1996). L'influence que peut avoir la stigmatisation sur une personne est plus importante dans le cas de l'obésité pendant l'enfance et l'adolescence (Sobal, 2004). Enfin, l'impact de la stigmatisation est plus important dans les pays développés (Berdah, 2010).

3.5. Conséquences affectives du surpoids et de l'obésité

Les difficultés associées aux rapports de séduction et amoureux sont des aspects déjà relativement complexes et préoccupants chez les adolescents (Tibere et al., 2007). À l'adolescence, ces difficultés prennent des proportions encore plus importantes en cas de surpoids ou d'obésité (Tibere et al., 2007). Autrement dit, le devenir social d'un adolescent en surpoids s'accompagne souvent de difficultés reliées à la sphère affective (Lefèvre et al.,

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

2011). En effet, il peut y avoir une plus grande difficulté à accéder à une vie de couple, à une sexualité épanouie, etc. (Bajos, Wellings, Laborde, et al., 2010). Par ailleurs, plusieurs adolescents en surpoids ont une perception d'eux-mêmes comme étant moins attrayants physiquement, pouvant avoir des conséquences sur le développement de relations affectives (Forste et Moore, 2012). Ainsi, plusieurs adolescents considèrent que le poids constitue un handicap majeur au développement d'une relation amoureuse (Tibere et al., 2007). En effet, certains adolescents peuvent se restreindre dans leurs premiers rapprochements, du fait d'une image de leur corps perçue comme étant « anormale » (Oderda et Tounian, 2013). Pour certains adolescents, les relations amoureuses et les rapports de séduction sont souvent le moteur principal du désir de perdre du poids (Oderda et Tounian, 2013). Cependant, selon l'analyse d'échanges entre adolescents à partir d'un forum de discussion, certains adolescents parviennent à rationaliser la situation et d'autres mettent l'accent sur d'autres critères de séduction, telles que d'autres qualités, la beauté intérieure, etc. (Tibere et al., 2007).

3.6. Conséquences scolaires et professionnelles du surpoids et de l'obésité

Plusieurs adolescents obèses présentent des difficultés scolaires (Basdevant, Laville et Ziegler, 1998; Lefèvre et al., 2011). En effet, l'association entre le surpoids ou l'obésité et une plus faible performance scolaire a été démontrée (Forste et Moore, 2012; Taras et Potts-Datema, 2005). L'obésité a non seulement une influence sur la performance scolaire et sur les capacités d'apprentissage, mais également sur l'acceptation aux institutions postsecondaires (Gortmaker, Must, Perrin, Sobol, et Dietz, 1993).

À ce sujet, Krukowski et ses collaborateurs (2009) ont démontré que les enfants et les adolescents en surpoids ont 1,5 fois plus de risque d'avoir une plus faible performance académique que les jeunes ayant un poids santé. Une autre étude a mis en relief l'existence d'un lien significatif entre les résultats scolaires et l'IMC (Sigfúsdóttir, Kristjánsson et Allegrante, 2007). En effet, plus de 24 % des différences dans les résultats scolaires s'expliqueraient par l'IMC, les habitudes alimentaires et la pratique d'activités physiques, sans égard aux variables associées au sexe, au niveau d'éducation des parents, à la structure de la famille et au taux d'absentéisme (Sigfúsdóttir, Kristjánsson et Allegrante, 2007). La stigmatisation, relative à l'obésité, peut aussi expliquer que les adolescents obèses ont une probabilité de près de 50 % d'avoir une plus faible performance scolaire (Krukowski et al., 2009).

Les difficultés au niveau scolaire en lien avec l'apprentissage sont importantes et fréquentes et peuvent ainsi être responsables d'orientations personnelles ou professionnelles spécifiques (Lefèvre, 2015). D'une part, ces difficultés scolaires peuvent résulter du fait que les adolescents souffrant d'obésité sont plus à risque d'avoir des troubles neurocognitifs, tels que des difficultés d'attention et des troubles de comportements (Lobstein, Baur et Uauy, 2004; Noal et al., 2011). Ces difficultés peuvent également être associées au harcèlement verbal et physique, aux moqueries et aux discriminations de la part des pairs et également de la part du corps professoral (Noal et al., 2011). Ces comportements de harcèlement peuvent être, dès lors, responsables de troubles de concentration, d'absences scolaires, d'isolement ainsi que de conduites d'évitement intenses, allant parfois jusqu'à

la déscolarisation accompagnée de perturbations de l'humeur et parfois même d'idéations suicidaires (Lefèvre, 2015; Oderda et Tounian, 2013).

Les adolescents obèses ont souvent une scolarité plus courte que les adolescents sans problème de poids (Berdah, 2010). À plus long terme, sans égard à l'intention de poursuivre des études supérieures, les adolescents obèses sont 61 % moins enclins à terminer leurs études universitaires, en comparaison avec des adolescents sans problème de poids (Fowler-Brown et al., 2010). Des résultats similaires ont été rapportés dans plusieurs autres études indiquant que les adolescents obèses ont un taux plus faible d'accéder à l'enseignement supérieur en comparaison avec des adolescents sans problème de poids (Canning et Mayer, 1966; Gortmaker et al., 1993; Myers et Rosen, 1999).

Pour sa part, Sobal (2004) démontre que l'obésité relative à la stigmatisation pendant l'enfance et l'adolescence a des conséquences non négligeables sur la trajectoire scolaire qui détermine souvent la vie professionnelle. Ces impacts se révèlent plus faibles pour une personne devenue obèse à l'âge adulte, puisqu'une partie de la trajectoire scolaire et professionnelle est déjà réalisée. Ce contexte de difficultés et d'absence de perspectives éducatives peut favoriser une prise de poids et peut ainsi préjuger de l'évolution sociale décrite chez l'adulte obèse (Lefèvre, 2015).

Aussi, au niveau du développement des carrières professionnelles, l'obésité tend à ralentir la progression sociale (Poulain, 2001). À titre d'exemple, au sein d'un milieu

professionnel, les directeurs d'entreprise exercent des évaluations souvent plus négatives à l'égard des personnes obèses qu'à l'égard des personnes sans surpoids (Poulain, 2001). Aussi, à qualification égale, la personne obèse est moins représentée dans les postes de direction et si elle y accède, son salaire est souvent moins élevé (Berdah, 2010). Aussi, le taux de pauvreté est plus élevé chez les personnes en surpoids comparativement aux personnes avec un poids santé (Gortmaker et al., 1993). Enfin, les femmes sont davantage concernées par cette discrimination (Berdah, 2010).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

3.7. Conséquences du surpoids et de l'obésité sur la pratique du sport

Les adolescents en surpoids ou obèses peuvent avoir une dégradation de leur condition physique (Gortmaker et al., 1993). Buttitta et ses collaborateurs (2014) ont d'ailleurs démontré que les adolescents obèses ont une plus grande insatisfaction à l'égard de leurs besoins de compétence et d'autonomie dans les loisirs, en comparaison avec les adolescents sans problème de poids. Cette insatisfaction pourrait résulter des difficultés qui sont vécues par les adolescents obèses dans les loisirs sportifs (Buttitta et al., 2014). En effet, considérant que l'obésité a des conséquences physiques parfois incommodantes lors de la pratique d'activités physiques (douleurs articulaires, essoufflement, l'adipomastie pendulaire, etc.), celles-ci pourraient avoir un impact sur la perception qu'ont les jeunes quant à leurs capacités physiques à exercer un sport (Buttitta et al., 2014; Lefèvre, 2015; Lefèvre et al., 2011). Aussi, ces diverses conséquences physiques liées à l'obésité pourraient accroître un sentiment de dévalorisation ayant comme impact une gêne à bouger devant les autres, parfois sous prétexte somatique, respiratoire, etc. (Lefèvre et al., 2011).

Dans une société valorisant la performance dans les sports, certaines pratiques pédagogiques d'éducation physique et de méthodes d'évaluation peuvent conduire à augmenter la discrimination envers les jeunes en surpoids (Tibere et al., 2007). Ainsi, le choix des activités peut être soumis à ces contraintes d'ordre physique (Lefèvre et al., 2011) et peut même amener l'adolescent à se désinvestir complètement des activités sportives (Tibere et al., 2007). Cette insatisfaction est d'autant plus élevée chez les filles que chez les garçons (Gillet et Rosnet, 2008). Ces retentissements fonctionnels pourraient mener l'adolescent obèse à un repli social (Lefèvre et al., 2011; Tibere et al., 2007).

Le surpoids et l'obésité chez les jeunes placent souvent ceux-ci dans une position inégalitaire dans plusieurs sphères de leur vie, en ce qui concerne l'intégration sociale, les relations amoureuses, la scolarité, l'accessibilité à l'enseignement supérieur, l'emploi, etc. (Tibere et al., 2007). La stigmatisation, c'est-à-dire le fait que la personne en surpoids soit souvent désavantagée dans plusieurs sphères de sa vie, et ses conséquences ne créent probablement pas le surpoids et l'obésité, néanmoins elles le maintiennent et peuvent même l'aggraver (Berdah, 2010).

3.8. Pertinence de la recherche

À la lumière des connaissances sur le sujet, force est de constater que les problématiques que sont le surpoids et l'obésité peuvent avoir de graves conséquences dans la vie des adolescents, chez les filles comme chez les garçons. Ces conséquences sont d'autant plus importantes lorsque nous savons qu'un adolescent obèse a beaucoup plus de risque de

devenir un adulte obèse. Par ailleurs, avec l'augmentation constante de ces problématiques de santé, il s'avère essentiel de développer les connaissances portant sur les conséquences psychosociales que peuvent entrainer ces problématiques. Les connaissances sur le surpoids et l'obésité chez l'adulte foisonnent la littérature. Cependant, la littérature est moins abondante du point de vue des adolescents et encore moins ceux du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Par le biais de l'approche bioécologique, approche qui apporte une vue globale de la problématique, la présente étude tente de contribuer à l'avancement des connaissances dans le champ du travail social en améliorant les connaissances du surpoids et de l'obésité chez les adolescentes du Saguenay-Lac-Saint-Jean sur leur estime de soi, leur image corporelle et leur vie sociale.

Cadre théorique

Pour comprendre adéquatement la réalité d'un individu, il importe non seulement de considérer les caractéristiques personnelles de celui-ci, mais il importe également de considérer l'environnement dans lequel cette personne évolue (Tarabulsy, 2008). Ce modèle préconise d'étudier les phénomènes sociaux et les individus en tant que systèmes en interaction avec d'autres systèmes et de les étudier dans leur globalité et non pas de manière isolée (Terrisse et al., 2008). L'individu et son environnement sont des systèmes, à la fois distincts l'un de l'autre, mais qui s'influencent mutuellement. Ces systèmes changent avec le temps et s'adaptent réciproquement aux transformations (Drapeau, 2008). En ce sens, une personne, selon ses ressources et son niveau de développement, réagit aux pressions de son environnement tout comme les environnements réagissent à une personne. Par ailleurs, des personnes différentes peuvent réagir différemment à un environnement identique tout comme des environnements différents peuvent réagir différemment à une même personne (Drapeau, 2008). Le surpoids et l'obésité chez les adolescents sont des problèmes sociaux pouvant influencer l'image corporelle et l'estime de soi et avoir de graves conséquences dans la vie sociale, affective, scolaire, etc. Ces conséquences peuvent perdurer dans le temps. Ainsi, considérant l'importance des impacts du surpoids sur les différents environnements de la personne, et inversement, les impacts des environnements sur la personne en surpoids, l'utilisation de l'approche bioécologique de Bronfenbrenner et Morris (1998; Bronfenbrenner, 2005) est appropriée afin d'obtenir un portrait juste et fidèle des conséquences du surpoids et de l'obésité à l'adolescence.

Rapport-Gratuit.com

4.1. Approche bioécologique

L'approche bioécologique d'Uri Brofenbrenner (1998) présente un ensemble de systèmes qui sont imbriqués les uns dans les autres. Le modèle bioécologique s'inspire de l'écologie et de la systémique (Terrisse et al., 2008). D'abord, la systémique est une méthode d'analyse et de synthèse qui prend toujours en considération l'appartenance d'un élément à un ensemble et l'interdépendance de chaque système avec les autres systèmes de cet ensemble. Quant à l'écologie, c'est l'étude des relations que les êtres vivants entretiennent avec leur environnement en vue d'atteindre un équilibre adaptatif (Terrisse et al., 2008). Cette approche s'intéresse donc aux liens qui existent entre les divers éléments interagissant dans un milieu donné (Mayer, 2002). La notion d'interaction est fondamentale dans cette approche. L'interaction représente l'interdépendance entre les systèmes, soit entre les différents environnements d'une personne. Considérant que l'individu fait partie intégrante de son environnement (Germain et Gitterman, 1980), l'évaluation d'un comportement doit tenir compte de l'environnement immédiat et de l'environnement éloigné de la personne (Tarabulsy, 2008).

Plus un système est près de la personne, plus il risque d'influencer le développement de celle-ci et vice versa. C'est l'interaction entre ces divers niveaux de systèmes qui régule le développement de l'individu. En effet, l'adaptation est en fonction de l'adéquation entre les caractéristiques de la personne et celles des environnements dans lesquels la personne s'insère (Krogsrud-Miley, O'Melia et DuBois, 2001). Ainsi, selon cette approche, les

problèmes sociaux résultent d'une défaillance au niveau de l'adaptation progressive et mutuelle entre l'individu et son environnement (Carignan, 2011).

Selon le modèle Processus-Personne-Contexte-Temps, l'influence des interactions dépend de leur régularité (fréquence) et de leur durée (période de temps). Il s'agit donc d'interactions réciproques entre l'individu et son environnement qui ne sont pas cumulatives, mais qui se combinent plutôt les unes avec les autres. Les caractéristiques de l'individu (Personne) influencent la forme, la force et la direction de l'effet de ces interactions, qui peuvent varier à leur tour en fonction du contexte (Gitterman et Germain, 2008). Ces quatre composantes en interrelation sont à la base de l'approche bioécologique. Plus précisément, le *processus* se rapporte à la relation entre l'individu et son environnement qui est modulée par un processus développemental (Gitterman et Germain, 2008). Par ailleurs, la *personne* fait référence à l'ensemble des dispositions et caractéristiques biologiques, cognitives, émotionnelles et comportementales d'une personne et des impacts sur le processus développemental (Gitterman et Germain, 2008). Pour sa part, le *contexte* réfère à l'ensemble des personnes évoluant dans un milieu socialement défini et géographiquement construit, tout en considérant les interactions et les transactions de la personne (Germain et Gitterman, 1995). Autrement dit, le contexte concerne les différents niveaux de systèmes du développement humain (Bronfenbrenner, 2005). Ces niveaux s'imbriquant l'un dans l'autre, et s'interinfluencent l'un et l'autre (Bronfenbrenner, 2005; Drapeau, 2008). Le modèle bioécologique comprend six systèmes, soit : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

L'ontosystème se réfère à l'ensemble des caractéristiques, des états, des habiletés, des compétences et des déficits innés ou acquis de la personne (Bronfenbrenner et Morris, 2006; Mayer, 2002). À titre d'exemple, ce système comprend entre autres l'âge, le sexe, les qualités, les compétences personnelles et professionnelles de la personne. Autrement dit, l'ontosystème réfère à l'individu lui-même, soit à l'adolescente obèse, avec ses caractéristiques personnelles, physiques et psychologiques. Le second niveau est le microsystème, correspondant au milieu de vie assidûment fréquenté par la personne, où il est possible d'observer ses activités, ses rôles et ses interactions (Mayer, 2002; Bronfenbrenner, 1995, 2001, 2005; Bronfenbrenner et Morris, 2006). Autrement dit, le microsystème représente les contacts immédiats de la personne (Tarabulsy, 2008). Ainsi, dans la présente recherche, le microsystème de l'adolescente obèse représente la famille de l'adolescent, les amis, l'école et les endroits publics, les services et les ressources du milieu. Le revenu et la scolarité des parents sont également importants à considérer. Se retrouvent également les antécédents familiaux de l'adolescente pouvant avoir un impact sur la santé de cette dernière. Les interactions avec les autres et les divers milieux peuvent avoir un impact direct sur l'adolescent, sur son estime de soi, son image de soi et dans les différentes sphères de sa vie et vice-versa. Le troisième système est le mésosystème, celui-ci comprend l'ensemble des relations entre les microsystèmes (Drapeau, 2008; Mayer, 2002). Ce système ne représente pas un lieu en soi et va au-delà de la simple interaction entre l'individu et son environnement, il inclut l'ensemble des liens, des relations et des activités entre les sous-systèmes pouvant avoir une influence directe ou indirecte sur la personne (Bronfenbrenner et Morris, 2006; Drapeau, 2008). Ainsi, le mésosystème, dans le

cas la présente étude, pourrait correspondre aux interactions entre les pairs et l'école ou encore entre l'école et les parents de l'adolescent. Par la suite, l'exosystème concerne les endroits et les instances non directement fréquentées par la personne, mais qui ont toutefois une influence sur cette dernière (Bronfenbrenner et Morris, 2006). Par ailleurs, l'individu n'est pas considéré comme un acteur direct du système, mais en subit toutefois les conséquences. On fait référence à tout ce qui peut influencer le problème de poids à l'adolescence, les différentes politiques sociales entourant le surpoids, l'alimentation et l'exercice physique, le mode de vie, etc. Le macrosystème correspond aux valeurs, aux coutumes, aux normes, aux idéologies présentent au sein d'une société. Elles dictent les comportements et les conduites qui devraient être adoptés par une personne (Bronfenbrenner, 2001, 2005; Tarabulsy, 2008). L'idéologie entourant le culte de la minceur peut avoir une forte influence sur l'estime de soi et l'image corporelle des adolescents en surpoids ou obèses. Enfin, le chronosystème équivaut à l'ensemble des considérations temporelles caractérisant la situation d'une personne (Bronfenbrenner, 2005). Le vécu actuel et passé de l'individu teinte son développement et par le fait même, ses actions futures (Bronfenbrenner, 2005). En ce sens, la temporalité, les évènements historiques et les cycles de vie sont des aspects importants à prendre en considération afin de mieux comprendre une situation actuelle (Bronfenbrenner et Morris, 2006). Dans le cadre de cette recherche, le chronosystème se rattache au cycle de vie et aux évènements marquants associés à la période de l'adolescence, tel que l'entrée à l'école secondaire, les relations amoureuses, la première expérience professionnelle, etc.

Tableau 1

Modèle bioécologique de Bronfenbrenner selon la problématique d'obésité chez les participantes

Macrosystème : valeurs, idéologies (culte de la minceur), etc.

Exosystème : politique sociale, alimentation, exercice physique, mode de vie.

Mésosystème : interactions entre les pairs et l'école.

Microsystème : Famille (revenu, scolarité et antécédents), amis, école.

Ontosystème : âge, sexe, qualités, compétences personnelles.

Ainsi, l'approche bioécologique considère les composantes individuelles, biologiques, psychologiques et comportementales (Conyne et Cook, 2004) des individus. Cette approche est un paradigme théorique pour l'étude du développement humain, dépendant de l'interaction entre la personne et ses environnements qu'ils soient directs ou indirects. Cette approche fournit ainsi un cadre d'analyse et d'évaluation afin d'avoir un portrait juste d'un individu, de ses réseaux et des interactions entre eux (Conyne et Cook, 2004). L'approche bioécologique est donc parfaitement adaptée au but et aux objectifs de la présente étude.

Méthodologie

Le présent chapitre porte sur les divers aspects méthodologiques de cette étude. La première section présente le type de recherche utilisé. La suivante apporte des informations sur le but, les objectifs et les questions de recherche. La troisième présente la population à l'étude. La quatrième section concerne la méthode et les outils ayant servi à la collecte des données. Ensuite, les thèmes et les sous-thèmes du guide d'entrevue utilisé lors de la collecte de données sont abordés. S'en suit la section présentant la manière dont l'analyse des données a été effectuée. La dernière porte sur les considérations éthiques de ce mémoire.

D'abord, il est important de noter que ce mémoire s'insère dans le cadre d'une étude pilote réalisée entre 2010 et 2012 dont les données recueillies concernant les objectifs de la présente étude n'ont jamais fait l'objet d'une analyse. L'objectif de l'étude initiale était d'évaluer la faisabilité d'un programme d'activité physique combiné à un programme d'évaluation et d'intervention multidisciplinaire (médecin, nutritionniste, infirmier, psychologue et travailleur social) dans l'évaluation et le traitement du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent. Programme d'intervention s'échelonnant sur une période de 16 semaines. En outre, le premier objectif de cette recherche était d'explorer l'impact de l'activité physique combiné à un programme multidisciplinaire dans l'évaluation et le traitement du surplus pondéral et de l'obésité chez les adolescents et adolescentes. Le deuxième objectif de ce projet était de dresser un profil de départ et d'explorer la

variation des diverses variables à la suite de l'intervention. Le dernier objectif était de vérifier le taux de rétention, le taux de participation, les raisons d'abandon ainsi que la conformité au programme d'intervention. Au total, 33 adolescents ont été recrutés pour cette étude pilote, dont 19 garçons et 14 filles.

Dans le cadre de ce mémoire, je me suis intéressée uniquement aux données recueillies lors de la phase initiale du projet, soit lors de la collecte des données qui a eu lieu avant le début de l'intervention et propose une analyse des données recueillies lors des rencontres avec le travailleur social et le psychologue auprès des adolescentes obèses, en fonction d'objectifs qui lui sont propres.

5.1. Type de recherche

L'étude pilote de faisabilité est une recherche de type mixte, soit une étude corrélationnelle prédictive quantitative et qualitative puisque celle-ci a été réalisée par l'intermédiaire de questionnaires, de mesures multidisciplinaires et d'entrevues individuelles semi-dirigées. La recherche de type mixte est privilégiée puisqu'elle permet une complémentarité des résultats, ce type de recherche permet également d'approfondir et de donner un portrait juste des adolescents participatifs (Johnson et Turner, 2003). Ce mémoire porte sur l'analyse des données psychosociales. Ces données ont été recueillies lors de deux entrevues semi-dirigées effectuées par un travailleur social et un psychologue et par l'administration de questionnaires standardisés. Ce mémoire sera donc fondé sur un devis mixte de type concourant et imbriqué (Creswell, 2003), cette recherche combine une stratégie d'analyse

quantitative des résultats issus d'outils standardisés et d'une analyse du discours des participantes par l'entremise d'entrevues individuelles semi-dirigées, de nature qualitative.

5.2. But et objectifs

La rescension des écrits scientifiques à permis de mettre en lumière que le surpoids et l'obésité pendant l'adolescence sont des problèmes sociaux pouvant influencer l'image corporelle et l'estime de soi et avoir de graves conséquences dans la vie sociale, affective et scolaire des adolescentes. Considérant ces conséquences possibles sur la santé physique, psychologique et sociale, le but de cette recherche est d'évaluer les retombées de l'obésité sur l'estime de soi, l'image de soi et la vie sociale chez des adolescentes. Cet objectif général est scindé en deux objectifs spécifiques de recherche, soit 1) documenter les impacts du surpoids et de l'obésité sur l'estime de soi et l'image corporelle chez les adolescentes et 2) identifier les impacts de l'obésité chez les adolescentes dans les différentes sphères de leur vie, soit personnelle, sociale et scolaire.

5.3. Population à l'étude

Ce mémoire porte uniquement sur la population féminine de l'étude pilote. Le choix de la population s'est effectué à partir d'un intérêt personnel et professionnel. En effet, dans le cadre d'un précédent emploi, l'auteure de ce mémoire a eu à cotoyer plusieurs jeunes filles émettant plusieurs préoccupations quand à leur apparence physique, indiquant vivrent des difficultés en lien avec leur image corporelle. Ce sont les données de 14 adolescentes présentant un problème d'obésité qui seront analysées. Le principal mode de

recrutement a été effectué par les différents médias de la région, ce qui permettait de rejoindre un maximum de participants à travers la région. Des publicités ont également été envoyées aux omnipraticiens de la région qui pouvaient par la suite référer des patients à la *Clinique multidisciplinaire de l'adolescence*. La participation à cette étude était effectuée sur une base volontaire. L'adolescente était donc libre d'y participer ou de ne pas y participer.

Les participants à l'étude originale devaient répondre à un certain nombre de critères d'inclusion et d'exclusion afin que les résultats de l'étude puissent être associés à une population précise. D'une part, les participants devaient être des adolescents, garçons ou filles, âgés de 11 à 18 ans. Ils devaient être caucasiens. Aussi, les participants devaient avoir un IMC, en fonction de l'âge et du sexe situé entre le 85e et inférieur au 95e percentile, correspondant à un surplus pondéral ou supérieur au 95e percentile, correspondant à l'obésité. Finalement, ceux-ci ne devaient pas pratiquer plus de 60 minutes d'activité physique d'intensité moyenne à élevée, et ce, plus de trois fois par semaine. D'autre part, les adolescents ne devaient pas avoir de problèmes de santé pouvant nuire à la pratique de l'activité physique ou pouvant s'aggraver par une modification du niveau d'activité physique tels que : problèmes cardiaques, douleurs à la poitrine au repos ou à l'effort, étourdissements, problèmes au dos, au genou ou à la hanche, etc. Aussi, les adolescents ne devaient pas consommer de médicaments sur une base journalière qui pouvaient potentiellement affecter le métabolisme des lipides, du glucose ou la réponse à l'entrainement, tels que des bêtabloquants, hypolipidémiants, hypoglycémiants, antipsychotiques, isotrétinoïne (Acutane, Clarus),

Rapport-Gratuit.com

certains anti-convulsivants comme le dilantin et l'utilisation contraceptive de l'acétate de médroxyprogestérone (Dépo-provera). Les adolescents ne devaient pas avoir participé à un autre projet de recherche au cours des trois derniers mois.

5.4. Méthode de collecte des données et instruments de mesure

Les prochains paragraphes apportent des informations sur la méthode par laquelle s'est effectuée la collecte de données. Les différents questionnaires standardisés sont également présentés dans cette section.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

5.4.1. Collecte de données

Pour obtenir les données nécessaires à l'accomplissement de cette recherche, les adolescentes ayant répondu aux critères de l'étude ont tout d'abord signé un formulaire de consentement (*Annexe 2*). Par la suite, plusieurs méthodes ont été utilisées pour l'obtention des données. D'abord, une évaluation du fonctionnement social a été réalisée par un travailleur social, auprès des parents des participantes (*Annexe 3*). Ensuite, le psychologue a évalué plusieurs variables psychologiques chez ces dernières, par l'intermédiaire d'outils standardisés et d'une entrevue semi-structurée (*Annexe 4*). Il s'agit de variables telles que l'estime de soi, l'anxiété, les troubles émotionnels et comportementaux, la gestion des émotions associée à la nourriture, l'humeur, etc. Aussi, le questionnaire portant sur l'histoire du développement a été rempli par au moins un des deux parents de chaque participante (*Annexe 5*). Il s'agit d'un questionnaire détaillé portant sur la période pré et postnatale de l'adolescent. Ce questionnaire fournit des informations sur le développement psychomoteur,

l'histoire médicale, le fonctionnement social et affectif de même que sur le fonctionnement dans le milieu familial et scolaire. Au besoin, le complément de ces données a été documenté lors de l'entrevue semi-structurée. Il est important d'indiquer que ce questionnaire a été adapté en fonction du projet de recherche. Ces diverses données ont été recueillies avant le début du programme. Les rencontres avec les professionnels de la santé ont eu lieu à la Clinique multidisciplinaire de l'adolescence du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Les données ont été obtenues à partir de différents outils standardisés, énumérés ci-dessous, visant à évaluer plusieurs variables précises entourant le développement et la dynamique de la personnalité de la participante :

- Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans (*LCE*) (*Annexe 6*) : cet outil permet de dépister les enfants susceptibles de présenter des troubles émotionnels et comportementaux, sans toutefois émettre de diagnostic. Cet outil s'adresse à des jeunes âgés de 6 à 18 ans. La version pour adolescents contient 118 items, dont 102 correspondent à la LCE. Il est demandé à un des parents de remplir le questionnaire en fondant ses réponses sur les six derniers mois. Ce questionnaire comprend deux parties : 1) *l'échelle de compétence sociale* évaluant les compétences de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne, les relations sociales et les performances scolaires; 2) *l'échelle des problèmes de comportement* évaluant les symptômes comportementaux et émotionnels rapportés par les parents (Bouvart, 2008).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

- *Profile of mood states* (POMS-f) (*Annexe 7*) : cet outil permet d'évaluer les états d'humeur ainsi que leurs fluctuations : anxiété, dépression, confusion, colère, fatigue, vigueur ou niveau d'énergie et relations interpersonnelles (McNair, Lorr et Droppleman, 1981).
- Analyse de l'estime de soi sans l'aspect culturel-2 (*CFSEI-2*) (*Annexe 8*) : cet outil permet d'évaluer l'estime de soi en tenant compte de la dimension générale, sociale, scolaire, familiale et du mensonge (Pelham et Swann, 1989). Le « Culture-free Self-Esteem Inventory For Children », forme A, comprend 60 items et cinq sous-échelles, dont l'échelle du mensonge qui correspond à l'attitude défensive à l'égard du test. Cinquante items évaluent la perception qu'à le sujet de lui-même dans quatre domaines : 1) général (la perception que l'individu a de lui-même), 2) scolaire, 3) parental et 4) amical. Le sujet répond à chaque item par « oui » ou par « non », et le score total d'estime de soi correspond au nombre total d'items cochés, qui décrivent soit une faible estime de soi, une estime de soi moyenne ou une estime de soi élevée. La validité de ce test a été établie par J. Battle en 1981.

Le tableau 2 présente les thèmes et les sous-thèmes des guides d'entrevue utilisés par le travailleur social et le psychologue ayant été utilisés lors de la collecte de données, qui sont analysées dans le cadre du présent mémoire. Ces thèmes permettent l'accès à l'évaluation du fonctionnement social de chaque participante et permettent également d'analyser le point de vue de ces dernières sur les impacts de leur surpoids ou de leur obésité sur différents aspects de leur vie personnelle et sociale :

Tableau 2

Thèmes et sous-thèmes du guide d'entrevue

Thèmes	Sous-thèmes
Entrevue semi-dirigée (niveau psychologie)	
1- Différents aspects reliés à l'intervention	- Motivation - Attentes et motifs de participation - Émotions reliées à l'intervention - Soutien de la famille
2- Perception de soi face à son surplus de poids	- Estime de soi - Image de soi - Personnalité
3- Sentiments face au surpoids	- Niveau de souffrance - Solitude - Gestions des émotions - Émotions vécues
4- Conséquences du surpoids sur la vie de l'adolescent	- Conséquences sociales - Conséquences affectives - Conséquences scolaires
Évaluation (niveau social)	
5- Données sociodémographiques	- Âge - Sexe - Indice de masse corporelle
6- Évaluation psychosociale	- Scolarité - Condition socio-économique - Fonctionnement familial - Dynamique relationnelle - Niveau d'intégration versus isolement - Réseau social secondaire - Activités/loisirs

5.5. Analyse secondaire des données

Comme il s'agit d'une analyse de données déjà recueillies, seules les compte-rendus écrits de la phase initiale du projet pilote des travailleurs sociaux et des psychologues attitrés au projet de recherche étaient disponible pour des fins d'analyses de contenu étant donné qu'aucune des rencontres avec les jeunes filles ont fait l'objet d'enregistrement. Les données des compte-rendus des rencontres initiales ont été analysées selon les procédures suivantes. D'abord, une lecture flottante du matériel a été effectuée afin d'obtenir une vue d'ensemble des documents à analyser. La lecture flottante consiste en une technique où en présence des données, il s'agit de les lire et de les relire pour tenter de bien saisir le message (Chabanne, Cellier, Dreyfus, et Soulé, 2008). Une analyse manuelle du contenu a été par la suite réalisée pour chacun des documents en fonction des thèmes et des sous-thèmes du guide d'entrevue du travailleur social et du psychologue et des objectifs de la présente étude. La codification manuelle de chaque thème a fait l'objet d'une révision de la part d'une des directrices de recherche. Par ailleurs, il y a eu un traitement statistique des données obtenues par la passation des divers outils standardisés tels que l'*Achenbach system of emperically based assessment*, le *POMS-f* et le *CFSEI-2*, qui seront également pris en considération. Pour l'analyse secondaire des données, seulement les données déjà traitées et interprétées par le psychologue ont été utilisées. La moyenne et l'écart-type ont été calculés pour les données quantitatives, telles que l'âge, le poids, la taille, la circonférence de taille et l'IMC des adolescentes, à l'aide du logiciel Excel.

5.6. Considérations éthiques

En conformité avec les exigences éthiques, les participantes ainsi que les parents de ces dernières ont été informés, avant même le début des entrevues, du but et des objectifs de la recherche, de la nature de leur contribution ainsi que de la confidentialité rattachée à leur participation et des mesures de protection des données recueillies. Les participantes ont aussi été informées de la forme, de la nature, du déroulement ainsi que de la durée que prendraient les procédures de l'étude. Par ailleurs, les participantes ont non seulement été informées de l'importance et des avantages de leur implication au sein de cette étude, mais aussi des risques ou inconvénients physiques, sociaux, psychologiques, etc. pouvant être associés à leur participation. De plus, les participantes ont été informées que si elles subissaient des préjudices, quels qu'ils soient, à propos de leur participation au projet, elles recevraient tous les soins et services requis par leur état de santé, sans frais de leur part.

Un formulaire de consentement a été soumis à toutes les participantes qui les informent que la participation à cette étude est faite sur une base volontaire. L'adolescente était donc libre d'y participer ou de ne pas y participer de même que de s'en retirer en tout temps. Enfin, afin d'assurer la confidentialité de toutes les participantes, seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques du présent mémoire ont été recueillis. Abondant dans le même sens, l'ensemble des données sont demeurées strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. De plus, en aucun temps, le nom des participantes n'apparaît dans les différents documents. À cet effet, l'adolescente est identifiée que par un numéro de code, qui est conservé par les chercheuses responsables. Les

adolescentes ont été informées que les données pouvaient faire l'objet de publications dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais qu'en aucun cas il ne serait possible d'identifier les participantes. Ainsi, la présente étude satisfait aux exigences éthiques d'une recherche en sciences sociales. Ce protocole a été étudié et accepté par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2008-021) (*Annexe 9*).

Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'analyse des dossiers de 14 participantes ayant participé à l'étude pilote. Il se divise en sept sections. La première apporte des informations sur les caractéristiques sociodémographiques des adolescentes et de leurs parents. La seconde fait état du parcours scolaire des adolescentes. La troisième décrit leur état de santé physique et psychologique ainsi que leurs antécédents familiaux. Elle présente également les conclusions concernant les troubles émotionnels et comportementaux ainsi que les états d'humeur des adolescentes à la lumière des résultats obtenus au test : *Achenbach system of emperically based assessment* et *Profile of mood states*. La quatrième section présente les habitudes de vie des adolescentes ainsi que les raisons associées à leur prise de poids. La cinquième documente les motifs et les attentes des adolescentes et de leurs parents à l'égard de leur participation au projet AVIPA. Le soutien de la famille à l'égard des participantes est également abordé dans ce chapitre. La sixième section résume le point de vue des participantes en ce qui concerne leurs qualités et leurs défauts, leur image de soi et l'estime qu'elles ont envers elles-mêmes. Celle-ci présente aussi les conclusions sur l'estime de soi provenant du questionnaire *CFSEI-2*. Le portrait de la vie sociale de ces dernières y est aussi documenté. Finalement, la septième partie aborde les conséquences de l'obésité sur la vie personnelle, sociale et affective ainsi que sur la vie scolaire et sportive des 14 adolescentes.

6.1. Caractéristiques sociodémographiques et familiales des participantes

Les prochains paragraphes mettent en lumière les caractéristiques sociodémographiques des adolescentes, comprenant l'âge, le niveau de scolarité et la présence de fratrie ou non. Il sera aussi possible de documenter avec qui les participantes vivent. Cette section met également en lumière les caractéristiques sociodémographiques de chacun des parents, comprenant leur occupation, leur niveau de scolarité et leur revenu annuel, au cours de l'année 2009.

6.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Comme le démontre le Tableau 3, la majorité des adolescentes sont âgées de 13 ou 14 ans (n=8) tandis que plus du tiers ont 15 ou 16 ans. Lors de la collecte des données, l'âge moyen des adolescentes était de 13,9 ans (± 1,6 an). La moitié de celles-ci (n=7) étaient au premier cycle du secondaire soit en secondaire I ou en secondaire II et un peu plus du tiers (n=5) étaient au deuxième cycle du secondaire, soit en secondaire III, IV ou V. Finalement, deux adolescentes fréquentaient une école primaire.

La grande majorité des participantes (n=9) vit avec leurs deux parents tandis qu'un peu plus du quart (n=4) des participantes habitent avec leur mère seulement. Seulement une adolescente (n=1) vit en garde partagé avec sa mère et son père. La majorité des participantes (n=12) font partie d'une fratrie en ayant au moins un frère ou une sœur. Les autres (n=2) sont enfants uniques.

Rapport-Gratuit.com

Tableau 3

Caractéristiques sociodémographiques des participantes (n=14)

Caractéristiques sociodémographiques	Nombre (n)
Âge	
11-12 ans	2
13-14 ans	8
15-16 ans	4
Niveau de scolarité	
Primaire	2
Premier cycle du secondaire	7
Deuxième cycle du secondaire	5
La participante habite :	
Avec les deux parents	9
En garde partagée	1
Principalement avec la mère	4
Principalement avec le père	0
Présence de fratrie	
Oui	12
Non	2

6.1.2. Caractéristiques sociodémographiques des parents

Les données sociodémographiques des parents, présentées dans le Tableau 4, démontrent que plus du quart des mères possèdent un diplôme d'études secondaires (D.E.S.) ou un diplôme d'études professionnelles (D.E.P.) (n=4) tandis qu'un peu plus de la moitié (n=7) ont obtenu un diplôme d'études collégiales (D.E.C.), une minorité (n=3) possède un diplôme universitaire, sans égard au grade obtenu.

Plus des trois quarts des mères (n=10) occupent un emploi à temps plein. Deux mères occupent un emploi à temps partiel alors qu'une seule est sans emploi. En ce qui a trait au revenu, la majorité des mères avaient accès, en 2009, à un revenu annuel brut personnel inférieur à 40 000 $. De plus, moins de 20 % des mères gagnaient annuellement respectivement entre 40 000 $ et 59 999 $ et plus de 80 000 $ (Tableau 4).

En ce qui concerne les pères, près de la moitié (n=5) possèdent un diplôme d'études secondaires (D.E.S.) ou un diplôme d'études professionnelles (D.E.P.) tandis que le même pourcentage des pères (n=3) ont obtenu soit un diplôme d'études collégiales (D.E.C.) ou un diplôme universitaire. La plupart de ces hommes (n=10) occupent un emploi à temps plein alors que seulement un répondant est sans emploi. Finalement, tout comme les mères, plus de la moitié des pères (n=7) avaient accès en 2009 à un revenu personnel brut annuel inférieur à 40 000 $. Une proportion similaire des pères (n=2) avaient, pour leur part, un revenu annuel brut se situant entre 60 000 $ et 79 999 $ ou 80 000 $ ou plus. Enfin, un seul père gagnait annuellement moins de 20 000 $.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Tableau 4

Caractéristiques sociodémographiques des parents

Caractéristiques sociodémographiques	Nombre (n)
Occupation de la mère (n=13)	
Emploi à temps plein	10
Emploi à temps partiel	2
Sans emploi/à la maison	1
Occupation du père (n=11)	
Emploi à temps plein	10
Emploi à temps partiel	0
Sans emploi/à la maison	1
Niveau de scolarité de la mère	
Secondaire (D.E.S./D.E.P)	4
Collégial (D.E.C/technique)	7
Universitaire	2
Niveau de scolarité du père	
Secondaire (D.E.S./D.E.P)	5
Collégial (D.E.C/technique)	3
Universitaire	3
Revenu annuel brut de la mère	
< 19 999 $	5
Entre 20 000 et 39 999 $	4
Entre 40 000 et 59 999 $	2
Entre 60 000 et 79 999 $	0
> 80 000 $	2
Revenu annuel brut du père	
< 19 999 $	1
Entre 20 000 et 39 999 $	6
Entre 40 000 et 59 999 $	0
Entre 60 000 et 79 999 $	2
> 80 000 $	2

6.2. Parcours scolaire

Le parcours scolaire diffère entre les adolescentes. Ainsi, près de la moitié des adolescentes (n=6) obtiennent des résultats académiques se situant dans la moyenne tandis que trois adolescentes sont très performantes puisqu'elles obtiennent des résultats académiques supérieurs à la moyenne ou ont un cheminement dans une classe d'excellence. En effet, deux de celles-ci sont inscrites dans le programme d'études internationales et une adolescente est en sport-arts-étude, deux programmes nécessitant des notes supérieures à la moyenne.

Par ailleurs, cinq adolecentes éprouvent davantage de difficultés scolaires qui se traduisent par des résultats académiques plus faibles, voire même, par des échecs dans certains cours (n=4) et/ou par des troubles comportementaux, par des problèmes d'inattention, par des difficultés d'apprentissage (n=4), et/ou par l'utilisation de services spécialisés (n=1) et/ou par des reprises d'année scolaire ou de consolidation (n=1). Certaines de ces cinq adolescentes ont des cheminements particuliers (n=2). Concernant les cheminements particuliers, une adolescente est inscrite dans une classe d'effectif réduit et une autre est dans une classe de consolidation. Les cinq participantes ayant des difficultés scolaires, présentent des problèmes d'inattention et une seule est également confrontée à des troubles d'apprentissage.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

6.3. État de santé et habitudes de vie des participantes

Les prochains paragraphes dressent le portrait physique et psychologique des adolescentes, d'abord en faisant état de leurs caractéristiques physiques (poids, taille, circonférence de taille, IMC). Ensuite, l'état de santé physique et les antécédents familiaux des adolescentes sont documentés. Il en sera de même pour l'état de santé psychologique et les problèmes de comportement. S'en suivra la synthèse des habitudes de vie des adolescentes, incluant les activités sportives et sédentaires qu'elles pratiquent ainsi que les habitudes alimentaires et de sommeil. Finalement, le point de vue des adolescentes sur leur prise de poids sera présenté.

6.3.1. Surpoids et obésité

L'IMC moyen des adolescentes est de 35,7 kg/m^2. L'IMC le plus bas se situe à 29,9 kg/m^2 tandis que le plus élevé est à 44,5 kg/m^2. Selon les courbes de croissance de l'OMS, on considère qu'un adolescent est en surpoids lorsque son IMC se situe entre le 85e et le 95e percentile et qu'il est jugé obèse lorsque son IMC est supérieur au 95e percentile. Dans cette étude, toutes les adolescentes se retrouvaient dans la catégorie associée à l'obésité puisque leur IMC était au-dessus du 95e percentile. De plus, la circonférence de taille moyenne de l'ensemble des adolescentes, qui est un indicateur d'obésité abdominale, est de 106,4 cm. La circonférence de taille la moins élevée se situe à 95 cm alors que la plus élevée se situe à 124 cm. On estime qu'une femme adulte souffre d'obésité abdominale lorsque sa circonférence de taille est supérieure à 88 cm. Or, considérant que la circonférence de taille de l'ensemble des adolescentes de cette étude est au-dessus de 88 cm, elles se retrouvent toutes dans la catégorie associée à l'obésité. Rappelons que ce type d'obésité

est davantage associé à des problèmes de santé physiques comme de l'hypertension, des dyslipidémies et le syndrome métabolique. Le Tableau 5 présente les caractéristiques physiques, les moyennes et les minimum-maximum, de chacune des 14 participantes.

Tableau 5

Poids, taille, circonférence de taille et IMC des participantes

Caractéristiques physiques	Moyenne	Écart-type	Minimum et Maximum
Poids (kg)	94,2	16,5	73,7-129,3
Taille (cm)	162,7	5,9	155-171,5
Circonférence de taille (cm)	106,9	8,4	95-124
IMC (kg/m^2)	35,7	4,6	29,9-44,5

6.3.2. État de santé physique

L'état de santé physique fait référence à la présence d'une maladie physique. Les données amassées dans les dossiers des participantes démontrent que la moitié d'entre elles (n=7) n'ont déclaré aucun problème de santé. L'autre moitié des participantes (n=7) ont déclaré avoir au moins un problème de santé physique sans égard au problème de poids. L'asthme à l'effort est la principale problématique énumérée par les adolescentes (n=8). Par ailleurs, certaines de celles-ci ont indiqué avoir une insuffisance cardiaque à l'effort (n=2), des problèmes avec la glande thyroïde (n=2) et des problèmes de santé au niveau du foie relatifs aux enzymes hépatiques (n=2)[1].

1. Les données contenues dans les dossiers ne permettaient pas d'apporter des informations supplémentaires sur les problèmes de santé en lien avec la glande thyroïde et le foie.

6.3.2.1. Antécédents familiaux de problèmes de santé physique

Une majorité d'adolescentes (n=10) ont au moins un membre de leur famille, proche ou élargi, qui est en surpoids ou obèse. De ce nombre, deux adolescentes ont un membre de leur famille proche, soit leur père ou leur mère, qui ont subi une chirurgie bariatrique. Outre le surpoids et l'obésité, les données indiquent des antécédents familiaux de problèmes de santé chez la majorité des participantes. En effet, 12 participantes ont au moins un membre de leur famille, proche ou élargie, ayant rapporté un problème de santé physique. De ces problématiques, près de la moitié des adolescentes (n=6) ont des antécédents de diabète de type 2. En moindre importance, on retrouve la présence de maladies cardiovasculaires (n=5), d'hypercholestérolémie (n=4), de migraine (n=4), d'asthme (n=2) et de cancer (n=1) dans les antécédents familiaux des participantes.

6.3.3. État de santé psychologique

L'état de santé psychologique fait référence à l'état de santé mentale d'une personne, celle-ci définissant le bien-être psychique, émotionnel et cognitif ou une absence de trouble mental (OMS, 2016). À la lumière des informations retrouvées dans les dossiers des adolescentes, plus des trois quarts (n=11) présentent un bon fonctionnement psychosocial, sans éprouver de grandes difficultés ou de troubles de comportements. Trois adolescentes présentent toutefois une altération de leur état de santé psychologique. Ainsi, une adolescente a antérieurement reçu un diagnostic de dépression tandis que les deux autres font état de troubles anxieux, car ces deux participantes ont obtenu des résultats au-dessus de la moyenne pour l'échelle « Anxiété-tension » au POMS-F. Chez l'une de ces participantes,

les troubles anxieux se traduisent par du stress et de l'angoisse devant une situation nouvelle ou stressante, et par des difficultés lors des départs et des séparations.

Près de la moitié des participantes (n=6) affirment avoir déjà eu recours à de l'aide psychologique (n=5) ou psychiatrique (n=1), et ce, à au moins une reprise. La moitié de celles-ci ont souligné avoir rencontré un psychologue à plus d'une reprise. Une adolescente a consulté un professionnel en raison de comportements dépressifs et de dépression, alors qu'une autre a eu un suivi pour un problème d'estime de soi. Les autres participantes ont rencontré un psychologue pour la gestion du stress et de l'anxiété, pour un problème d'intimidation et enfin, une adolescente a eu un suivi pour mieux comprendre et faire face à la maladie de son père.

6.3.3.1. Difficultés et troubles du comportement

Il importe de bien distinguer les difficultés des troubles du comportement. Les difficultés comportementales sont le plus souvent des réactions comportementales dues à un contexte particulier, elles sont souvent passagères et se résorbent graduellement à la suite d'interventions ponctuelles. Par contre, les troubles de comportements sont plus importants et affectent simultanément plusieurs sphères de la vie de l'adolescente (Lacroix et Potvin, 2011). Les trois principaux troubles du comportement qui sont recensés dans les écrits scientifiques demeurent les troubles des conduites (TC), le trouble oppositionnel avec provocation (TOP) et le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (Lacroix, et Potvin, 2011). Dans le cadre de cette étude, en

raison des dires des adolescentes ainsi que des résultats obtenus aux outils LCE et POMS-F, il a été possible de constater que cinq adolescentes présentent soit des difficultés, soit des troubles du comportement. Les résultats du LCE, de ces cinq participantes, se situent soit dans la limite de la moyenne ou supérieure à la moyenne dans les échelles « Problèmes d'attention » et « TDA/H » chez trois adolescentes. Chez une autre, ces résultats s'expliquent par le fait qu'elle ne finit pas ce qu'elle commence, qu'elle a de la difficulté à se concentrer, à porter son attention de manière soutenue, qu'elle est agitée, confuse ou semble perdue dans la brume, rêvasse et qu'elle est souvent dans la lune, elle agit sans réfléchir ou impulsivement, son travail scolaire est de piètre qualité, qu'elle est inattentive ou facilement distraite et qu'elle a tendance à trop parler. Chez l'autre adolescente, ces résultats s'expriment par le fait qu'elle est souvent dans la lune, qu'elle a tendance à oublier et qu'elle a de la difficulté à se concentrer. Par ailleurs, chez une adolescente, les résultats sont supérieurs à la moyenne pour l'échelle « Opposition et provocation », ceci est représenté par le fait qu'elle est souvent en désaccord avec les figures d'autorité, qu'elle est désobéissante à l'école, qu'elle est têtue et colérique. En moins grande importance, il y a présence de troubles d'apprentissage chez deux participantes. En effet, une participante présente une compréhension et une expression verbale limitée alors que l'autre adolescente est aux prises avec une dyslexie. La dyslexie est un trouble d'origine neurologique qui entraine des difficultés importantes à lire et à écrire les mots avec exactitude et fluidité. Ces difficultés persistent dans le temps et résistent aux interventions reconnues efficaces par la recherche (Jubinville, 2013).

Chez les cinq adolescentes présentant des difficultés ou des troubles de comportements, quatre d'entre elles ont eu recours à un suivi professionnel ou à la médication, à une ou à plusieurs reprises, afin de traiter, soit le TDA/H (n=2), un trouble d'apprentissage (n=1) ou des troubles du comportement (n=1).

6.3.3.2. Antécédents familiaux de problèmes de santé psychologique ou de troubles du comportement

Les informations disponibles sur les antécédents familiaux des parents font ressortir la présence de problèmes de santé mentale ou de troubles du comportement chez plus de la moitié des membres de la famille, proche ou élargie, des adolescentes (n=8). À la lumière des entrevues semi-dirigés et des résultats obtenus aux tests POMS-F et LCE, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité est dénoté chez près de la moitié (n=6) des familles des adolescentes. Autrement dit, près d'un membre sur deux de la famille proche ou élargie de ces dernières est atteint d'un TDA/H. Par ailleurs, les données portant sur les antécédents familiaux démontrent également qu'au moins un membre de la famille, proche ou élargie, souffre ou a déjà souffert de dépression (n=3), de troubles anxieux (n=3) et de dépendance (n=3). En moins grande importance, les troubles envahissant du développement (n=1), les troubles d'apprentissages et les troubles du langage (n=2), la délinquance et la violence (n=2) ainsi que des problèmes de santé mentale plus sévères, nommément la schizophrénie (n=1), font partie des antécédents familiaux ayant été répertoriés.

Rapport-Gratuit.com

6.4. Habitudes de vie

La section portant sur les habitudes de vie fait état : 1) des activités sportives pratiquées dans le cadre des cours d'éducation physique ou en dehors des établissements scolaires et 2) des activités sédentaires pratiquées par les adolescentes. Par ailleurs, des informations sont aussi apportées sur les habitudes alimentaires et les habitudes de sommeil de ces dernières.

6.4.1. Activités sportives

L'ensemble des adolescentes sont plus ou moins actives. Ainsi, on dénote des différences entre celles-ci concernant le nombre d'heures consacrées à la réalisation d'activités sportives et le type d'activités pratiquées. Sans tenir compte de l'intensité de l'activité, la majorité des participantes (n=10) pratiquent sur une base hebdomadaire entre 1 et 5 heures d'activités sportives. Un peu moins du quart des adolescentes (n=4) en font entre 6 et 10 heures alors qu'une seule adolescente est active plus de 15 heures par semaine. Les heures de pratique d'activité sportive incluent également les heures d'éducation physique. Neuf participantes ont des cours d'éducation physique dans le cadre de leur cheminement scolaire, représentant, pour certaines, leur seule source d'activité physique. En effet, de ces neuf participantes, plus de la moitié de celles-ci (n=5) ne pratiquent aucun autre sport.

Mis à part les cours d'éducation physique obligatoires et récurrents, la pratique d'activités sportives n'est pas régulière pour toutes les adolescentes. En effet, quelques-unes (n=3) pratiquent un sport seulement quelques fois par mois ou selon les saisons (planche à neige, vélo, soccer, etc.). D'autres adolescentes pratiquent une ou des activités

sportives de manière plus régulière (n=6). En effet, ces adolescentes pratiquent une activité sportive hebdomadairement, allant d'une à deux fois par semaine à tous les jours. À titre d'exemple, une adolescente pratique la danse et le hockey balle en raison de deux heures par semaine alors qu'une autre, en plus d'être en sport-étude en basketball, s'entraine en musculation et en cardiovasculaire 30 minutes, en raison de trois fois par semaine.

Les activités sportives énumérées par les adolescentes englobent les loisirs sportifs de plus basse intensité tels que l'équitation, la marche, les quilles, la planche à neige, la glissade, etc., mais également des sports de plus haute intensité et des sports de compétition tels que l'entrainement en salle, la boxe, la natation, le basketball, etc. Sans égard au nombre d'heures d'activités sportives, sur un continuum d'intensité, la marche occasionnelle constitue la principale source d'activité physique pour une adolescente alors qu'une autre combine les loisirs sportifs de plus faible intensité et les sports de plus haute intensité. Entre ces deux extrémités, les principaux loisirs pratiqués par les adolescentes demeurent l'équitation (n=2), le vélo (n=4), la natation (n=3) et l'entrainement en salle (n=3).

6.4.2. Activités sédentaires

Les activités sédentaires font référence à des activités ne nécessitant pas beaucoup de déplacements ou d'efforts physiques, qui s'exercent généralement dans un même lieu ainsi que dans un espace restreint. Les informations recensées dans les dossiers des adolescentes font état de leurs loisirs préférés, mais également du temps d'écran que privilégie chacune des adolescentes. Le temps d'écran correspond au temps alloué hebdomadairement à

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

regarder la télévision, à jouer aux jeux vidéo et au temps passé sur un ordinateur et sur internet.

Certaines participantes (n=4) ont indiqué n'avoir aucun autre loisir mis à part les écrans. Les principaux loisirs sédentaires des participantes sont d'écouter de la musique (n=4), de passer du temps avec des amis (n=4), les arts, comprenant le dessin, la peinture et le scrapbooking (n=3), la lecture (n=2), le cinéma (n=2) et le magasinage (n=2). Une adolescente fait des casse-têtes et une autre joue aux dés.

Toutes les adolescentes affirment passer du temps devant un écran, peu importe le type d'écran. Outre une adolescente n'indiquant pas le temps exact passé devant un écran, la moyenne de temps alloué à un écran est de 21,2 heures par semaine pour les 13 autres répondantes. Le temps alloué est variable d'une adolescente à l'autre, allant de quelques heures par semaine jusqu'à 55 heures. Une seule répondante a effectivement déclaré passer 55 heures par semaine devant un écran. Pour six participantes, ce temps se situe entre 21 et 30 heures par semaine tandis que quatre adolescentes y consacrent entre 11 et 20 heures et deux adolescentes y consacre moins de 10 heures par semaine. L'adolescente passant le moins de temps devant un écran est celle pratiquant le plus d'activités sportives.

6.4.3. Habitudes alimentaires

À la lumière des données recueillies, il est possible de constater que la majorité des participantes (n=12) présentent des habitudes alimentaires qui ne respectent pas les recommandations du Guide alimentaire canadien pour manger sainement. Ainsi, ces dernières ont une consommation insuffisante de certains aliments sains, comme les fruits ou les légumes. En effet, plus du trois quarts des adolescentes (n=11) ont une consommation insuffisante de fruits et de légumes ce qui se traduit aussi par une consommation insuffisante de fibres alimentaires (n=2). La majorité des adolescentes consomment aussi trop d'aliments malsains comme des collations et des jus sucrés. En effet, une trop grande consommation de jus commerciaux est notée chez près de la moitié des participantes (n=6). Entre également en ligne de compte une alimentation trop régulière dans des restaurants de type « fast food », à raison de quelques fois par semaine, pour 14,3 % des adolescentes (n=2). Par ailleurs, la moitié de celles-ci indiquent consommer de trop grosses portions en soulignant « avoir un appétit sans limite », « avoir toujours faim » et « avoir des fringales tout au long de la journée ce qui apporte à grignoter plus souvent qu'autrement ». À l'opposé, plus du quart des adolescentes (n=4) ont tendance à négliger des repas, principalement le déjeuner. Les raisons les plus souvent évoquées sont le manque de temps et les nausées au réveil. Enfin, quelques adolescentes (n=4) indiquent consommer de l'alcool. Une adolescente n'a consommé qu'une seule fois de la bière « pour faire comme les autres » tandis que deux adolescentes indiquent consommer de l'alcool que très rarement. Pour sa part, une adolescente consomme environ cinq bières aux quatre à cinq mois. Toutefois, sa consommation peut parfois se rendre jusqu'à 12 bières en une seule occasion.

6.4.4. Habitudes de sommeil

C'est uniquement dans 10 dossiers de participantes au programme AVIPA qu'il a été possible de recenser les habitudes du sommeil. Cet élément évalue la qualité du sommeil le qualifiant soit de bon, agité, reposant ou non reposant. Chez la moitié des participantes, le sommeil est qualifié comme étant bon étant donné que celui-ci varie entre 7 et 10 heures par nuit et qu'il est généralement profond. Toutefois, le quart des participantes (n=5) estime que leur sommeil est agité. Chez une de celles-ci, ce sommeil agité se traduit par de la difficulté à s'endormir, par des cauchemars et par du somnambulisme. Chez une autre adolescente, cette situation s'exprime par de la somniloquie (parler en dormant), par des cauchemars et par le fait qu'elle se réveille souvent au cours d'une nuit normale. Chez une autre participante, son mauvais sommeil implique qu'elle doit faire des siestes au courant de la journée.

Nonobstant la qualité du sommeil, près du trois quart des adolescentes ayant fourni des informations sur la qualité de leur sommeil (n=7) indiquent avoir l'impression d'être reposée à leur réveil tandis que trois autres ne sont pas dans cette situation.

6.4.5. Explication de la prise de poids

La quasi-totalité des adolescentes (n=13) estime qu'elles ont toujours été au-dessus des courbes de croissance en fonction de leur âge. Parmi ces 13 adolescentes, dix de celles-ci soulignent avoir eu un gain de poids très important à un moment précis, sans nécessairement être associé à un évènement particulier.

Pour trois adolescentes, cette prise de poids est apparue davantage au début du primaire, soit aux alentours de la deuxième ou de la troisième année alors que pour les dix autres adolescentes, la prise de poids est davantage apparue au secondaire. Une seule adolescente a mentionné que son surpoids est apparu entre la fin du primaire et le début du secondaire. Elle ajoute même : « avant j'étais mince ».

Plus du trois quarts des adolescentes (n=11) estiment que leur prise de poids n'est pas reliée à un évènement ou une cause particulière et elles n'identifient aucun stress qui aurait pu contribuer d'une manière ou d'une autre à leur problème de poids actuel. Pour les trois autres participantes, la prise de poids est associée à un évènement particulier. En effet, pour l'une d'entre elles, la prise de poids concorde avec le début de sa dépression et la prise de médication pour traiter ce problème de santé. Une autre participante au programme AVIPA indique que le trouble déficitaire d'attention de son frère a pu favoriser sa propre prise de poids. La dernière participante, quant à elle, mentionne que sa prise de poids coïncide avec la séparation de ses parents. Par ailleurs, les données recueillies dans les dossiers des participantes au programme AVIPA démontrent que chez la totalité de celles-ci, le surpoids est d'origine exogène. Autrement dit, l'apport énergétique est plus important que la dépense énergétique. La quantité et la qualité de l'alimentation et le manque d'activité physique semblent donc, aux dires des professionnels de la santé attitrés au projet, être les causes du surpoids et peuvent également expliquer le maintien de celui-ci chez ces dernières.

Parmi les adolescentes, certaines (n=4) indiquaient, au moment de la collecte de données, avoir perdu du poids, sans égard à l'importance de cette perte de poids. Les raisons expliquant cette perte de poids seraient soit l'amélioration de la qualité de l'alimentation, la diminution de l'apport énergétique et l'augmentation du nombre et de la fréquence des activités physiques.

6.5. Motifs et attentes de la participation au projet AVIPA

La présente section met en lumière les motifs et les attentes des participantes et des parents à l'égard de la participation au projet AVIPA. Le soutien de la famille dans le projet d'étude AVIPA est également décrit dans cette section. Les motifs et les attentes font référence aux raisons pour lesquelles les adolescentes ont décidé de participer au projet d'étude AVIPA ainsi qu'aux retombées souhaitées.

6.5.1. Motifs et attentes des participantes envers le projet AVIPA

Lors de leur inscription, toutes les adolescentes étaient motivées à participer au projet d'étude AVIPA. Toutefois, trois adolescentes affirment avoir hésité avant de s'impliquer, sans en mentionner les raisons. De plus, trois autres considèrent être motivées par le projet. Cependant, la nutritionniste attitrée au projet a indiqué dans son rapport que le niveau de motivation de ces dernières est modéré puisque celles-ci semblent résistantes quand vient le temps d'établir des objectifs concrets à atteindre. La motivation moyenne des participantes au projet est de 8,9 sur 10, avec un maximum de 10 sur 10 et un minimum de 8 sur 10. Une

adolescente explique sa motivation par le fait qu'elle ne veut pas devenir comme son père et sa mère, cette dernière ayant déjà subi une chirurgie bariatrique.

Toutes les participantes ont énuméré plus d'une raison expliquant leur participation au projet AVIPA et la plupart d'entre elles abordent la question des motifs et attentes sous l'angle de leur état de santé physique. En effet, la majorité des adolescentes (n=12) mentionnent participer au projet AVIPA pour perdre du poids. La moitié des adolescentes indiquent aussi vouloir améliorer leur qualité de vie, avoir une meilleure santé et se sentir mieux dans leur peau. Certaines adolescentes ont des attentes plus générales alors que d'autres ont des attentes plus spécifiques. Ainsi, un peu plus du quart des participantes (n=4) souhaitent acquérir et maintenir de saines habitudes de vie sans égard à l'alimentation ou à leur niveau d'activités physiques. D'autre part, neuf adolescentes désirent augmenter ce dernier. Au sujet de leurs motifs concernant la pratique de sports, certaines de celles-ci ont inscrit : « me mettre en forme », « faire du sport », « pratiquer de nouveaux sports », « trouver la motivation à faire du sport », « adopter un style de vie plus actif ».

La moitié des adolescentes désirent aussi améliorer leur alimentation. Ceci transparait à travers les adolescentes qui ont mentionné : « manger de manière plus équilibrée », « avoir des trucs pour diminuer mes portions », « faire des apprentissages sur ce qu'est une assiette santé ». En ce qui a trait à leur santé mentale, trois participantes souhaitent acquérir une meilleure estime de soi, une meilleure confiance en soi et une meilleure image corporelle. De plus, une adolescente a déclaré : « j'aimerais ne plus me sentir

gênée de parler de mes émotions ». Une autre de celles-ci indique vouloir modifier son attitude négative envers les autres et finalement, une autre adolescente désire mieux gérer ses émotions et être capable de les exprimer.

6.5.2. Motifs et attentes des parents envers le projet AVIPA

Généralement, les motifs et les attentes des parents à l'égard du projet AVIPA diffèrent de ceux des adolescentes. Ainsi, la plupart des 14 parents rencontrés, soit le père ou la mère, ont énuméré plus d'un souhait à l'égard de ce projet. Du point de vue de l'état de santé physique, deux parents désirent que leur adolescente perde du poids. Tout comme leur enfant, certains parents évoquent des attentes plus générales alors que d'autres ont des attentes plus spécifiques. Ainsi, quatre parents espèrent que leur adolescente acquiert et maintienne de meilleures habitudes de vie. D'autre part, la moitié des répondants (n=7) désirent que leur enfant augmente son niveau d'activité physique alors que deux autres espèrent une amélioration des habitudes alimentaires. Au sujet de l'activité physique, les parents ont mentionné : « que ma fille prenne en charge sa condition physique », « qu'elle découvre une activité pour la faire bouger davantage et qu'elle devienne par le fait même plus active ». Quant à l'alimentation, les répondants ont souligné : « qu'elle fasse elle-même ses changements alimentaires » et « qu'elle diminue ses apports alimentaires ».

Quelques parents abordent le projet AVIPA davantage sous un angle psychosocial. En effet, plus de la moitié (n=8) espèrent que leur adolescente développe une meilleure estime d'elle-même ou qu'elle se sente mieux dans sa peau ou ces deux éléments à la

fois. En ce sens, ces parents indiquent : « qu'elle [l'adolescente] se sente bien », « qu'elle ne soit plus gênée d'être avec les autres », « que sa fille s'accepte » et « qu'elle prenne de l'assurance face aux remarques déplaisantes ». Trois parents avaient des attentes au plan comportemental : « que la démarche avec le psychologue soit une occasion de parler de ses difficultés personnelles », « régler sa tendance à mentir » et « qu'elle comprenne ses émotions et apprenne à gérer son anxiété ». Finalement, un parent n'avait pas d'attente spécifique face au programme AVIPA.

6.5.3. Soutien des parents dans le projet AVIPA

L'ensemble des parents se souciaient de l'état de santé de leur adolescente, mais l'intensité de leur collaboration variait d'un répondant à l'autre et dans certains cas, les intervenants ont souligné dans leur rapport des incohérences entre le discours des parents et les actions qu'ils posaient en ce qui a trait à leur niveau de soutien pour leur enfant.

Ainsi, pour trois parents, leur soutien se traduisait par leur ouverture face au projet AVIPA, sans toutefois avoir manifesté le désir de s'impliquer concrètement. Par contre, plus de la moitié des parents (n=8), que ce soit le père ou la mère ou simultanément les deux parents, ont posé des actions concrètes pour encourager leur enfant à persévérer dans leurs efforts que ce soit, par des changements dans leurs habitudes alimentaires, l'adoption de plus saines habitudes de vie ou en suivant les recommandations de la nutritionniste attitrée au projet (n=3). Deux parents ont aussi mentionné qu'ils iront s'entrainer avec leur adolescente tandis qu'une mère s'est dite prête à tout pour son

Rapport-Gratuit.com

adolescente en participant elle-même aux différentes activités proposées par les intervenants du programme AVIPA et en adoptant l'ensemble des recommandations qui leur ont été transmises en termes de changement dans leurs habitudes de vie. Finalement, un répondant, a fait part de son désir de passer du temps de qualité avec son adolescente en indiquant : « il est important de m'investir avec ma fille afin de lui remettre le temps perdu au fil des années et qu'il est temps de prendre soin d'elle ».

Chez près de la moitié des parents (n=6), le soutien à l'égard de la participation de leur adolescente au projet AVIPA est mitigé et dans certains cas ce dernier a été remis en question par les intervenants ayant complété les entrevues et les suivis auprès des parents. Ainsi, la moitié des parents semblent se déresponsabiliser de leurs responsabilités et désirent ne pas s'impliquer directement ou indirectement dans des activités de soutien tant moral que concret de leur enfant. À titre d'exemple, une mère estime que le surpoids de son enfant est génétique et qu'il est impossible de l'éviter alors qu'une autre indique « être fatiguée et manquer de temps ». Certains autres parents démontrent des comportements contradictoires avec leur discours. En ce sens, une mère montre l'intérêt que sa fille soit plus active, mais pour éviter les conflits, elle la transporte en voiture tous les matins pour se rendre à son école. Un autre couple de parents a déclaré être en accord avec la décision de leur adolescente, mais est insatisfait et a ouvertement remis en question le nombre d'heures trop important que demandait le projet AVIPA. Enfin, un parent a manifesté son manque de collaboration en n'assistant à aucune des rencontres prévues avec les intervenants.

6.6. Image de soi et vie sociale

Dans un premier temps, cette section décrit de manière générale les perceptions qu'ont les adolescentes à l'égard d'elles-mêmes, comprenant leurs qualités et leurs défauts, leur propre estimation de leur niveau d'estime de soi, l'image corporelle qu'elles ont d'elles-mêmes et les manières dont elles gèrent leurs émotions. Les informations concernant les perceptions des adolescentes à l'égard de leur estime de soi seront appuyées par les résultats obtenus à la suite de l'administration du CFSEI-2. Dans un second temps, la perception des parents à l'égard de leur adolescente est présentée. Enfin, cette section apporte des informations sur la vie sociale des adolescentes.

6.6.1. Qualités et défauts

La moitié des participantes (n=7) s'identifie davantage de qualités que de défauts tandis que cinq d'entre elles estiment avoir autant de qualités que de défauts. Finalement, un peu moins du quart des participantes (n=2) pensent avoir davantage de défauts que de qualités.

Les qualités et les défauts ont été regroupés en deux grandes catégories, soit 1) des qualités et des défauts « d'ordre comportemental » et 2) des qualités et des défauts ayant trait aux « façons d'interagir avec les autres ». La majorité des qualités et défauts énumérés par l'ensemble des adolescentes sont d'ordre comportemental. Du point de vue des qualités, plus de la moitié des adolescentes (n=8) se considèrent « généreuses ». Les autres qualités les plus souvent mentionnées sont le fait d'être discrètes (n=2), studieuses

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

(n=2), positives (n=2), travaillantes (n=1), réfléchies (n=1), joyeuses (n=1) et extraverties (n=1). En ce qui a trait aux défauts, plus du tiers des adolescentes (n=5) estiment être désordonnées tandis que quatre adolescentes ont mentionné être impulsives. Près du quart des participantes (n=3) considèrent qu'elles sont entêtées ou orgueilleuses, timides, tout en manquant de confiance en soi ce qui se traduit par un besoin constant de se faire rassurer par les autres pour les gestes ou les idées qu'elles émettent. Autant d'adolescentes s'identifient comme étant impatientes (n=2), colériques (n=2) et paresseuses ou oisives (n=2). Pour sa part, une adolescentes se considère à la fois idiotes, agitées et intolérantes.

Dans leurs manières d'interagir avec les autres, près de la moitié des adolescentes (n=6) estiment être attentionnées envers les autres et généreuses et plus du quart (n=4) mentionnent être compréhensives et serviables. En ce qui a trait à leurs défauts, deux adolescentes se disent trop naïves et le fait d'être jalouse ou méchante a été nommé par deux participantes.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

6.6.2. Estime de soi

Le niveau d'estime de soi des participantes a été évalué de deux manières différentes. La première manière consistait à leur demander de répondre à la question suivante : Est-ce que tu considères que tu as une bonne estime de toi ? » et « Sur une échelle de 0 à 10, comment évalues-tu ton niveau d'estime ? ». La deuxième stratégie a consisté à administrer le test standardisé *Culture-Free Self-Esteem Inventories* (CFSEI-2). Seule 10 répondantes ont complété ce test. Ces deux différents résultats sont présentés au Tableau 6. Ce dernier tableau

permet de constater que le niveau moyen d'estime de soi que s'accordent les adolescentes est de 6,7 sur 10, avec un score maximum à 9,1 et minimum à 3. Plus du trois quarts des adolescentes (n=12) évaluent leur estime de soi au-dessus du chiffre 5.

Pour ce qui est du *CFSEI-2* qui permet de mesurer le niveau d'estime de soi général, social, académique et parental chez les enfants et les adolescents, les résultats démontrent que plus de la moitié des adolescentes (n=10) obtiennent un score dans la moyenne pour la composante « générale » qui fait référence à la perception qu'un individu a de sa propre valeur. Une minorité d'adolescentes (n=2) obtiennent un score élevé pour cette même composante alors qu'une même proportion d'adolescentes obtient un score faible. Pour ce qui est de la composante sociale qui fait référence à la perception qu'un individu a de la qualité de ses relations avec les pairs, les données démontrent que la moitié des participantes obtiennent un score dans la moyenne des jeunes de leur âge alors qu'une seule participante présente un score élevé et que quatre ont obtenu un score faible.

La composante académique fait référence à la perception qu'un individu a de leurs capacités à la réussite académique. Près de trois quarts des participantes (n=10) obtiennent un score dans la moyenne, alors que deux ont un score élevé et une seule présente un score faible pour cette composante. Finalement, aucune des adolescentes n'obtient un score faible pour la composante parentale qui fait référence à la perception des adolescentes quant à leur statut de l'individu au sein de leur famille incluant le point de vue des participantes sur la

façon dont leurs parents les perçoivent. Ainsi, la moitié des adolescentes a un score dans la moyenne alors que l'autre moitié obtient un score élevé.

Tableau 6

Estime de soi des participantes selon leur évaluation subjective et du score obtenu à l'échelle du CFSEI-2

Catégories	Nombre de participantes (n)
Échelle de l'évaluation subjective de l'estime de soi (n=14) : Score obtenu	
0-2	0
3-4	2
5-6	3
7-8	8
9-10	1
Score obtenu au CFSEI-2 (n=10) Estime de soi générale	
Très faible et faible (< 8 et 9-11)	2
Moyenne (12-15)	6
Élevée et très élevée (16-18 et > 19)	2
Estime de soi sociale	
Très faible et faible (< 3 et 4-5)	4
Moyenne (6-7)	5
Élevée et très élevée (8-9 et > 10)	1
Estime de soi académique	
Très faible et faible (< 3 et 4-5)	1
Moyenne (6-7)	7
Élevée et très élevée (8-9 et > 10)	2
Estime de soi parentale	
Très faible et faible (< 3 et 4-5)	0
Moyenne (6-7)	5
Élevée et très élevée (8-9 et > 10)	5

6.6.3. Image corporelle

Un peu plus du tiers (n=5) des participantes estiment que leur surpoids ne constitue pas une difficulté. Effectivement, ces dernières se sentent à l'aise dans leur corps et ne

sont pas complexées. Quatre d'entre elles se qualifient toutefois comme « enrobée », mais elles se trouvent tout de même jolies et celles-ci considèrent que leur surpoids ne constitue pas un obstacle à l'atteinte de leurs objectifs personnels. À ce sujet, une adolescente a déclaré : « je me sens bien dans mon corps, même mieux que les autres filles de mon âge ».

Les données démontrent aussi que près du deux tiers des participantes au programme AVIPA (n=9) présentent une insatisfaction de leur image corporelle. En effet, pour cinq adolescentes, l'obésité est une source de préoccupation en ce qui a trait à leur apparence physique. Ces dernières indiquent être complexées par leur apparence physique, en affirmant : « avoir de la difficulté à me regarder dans le miroir », « je ne me sens pas comme les autres », « je me sens triste lorsque les gens me parlent de mon surpoids » et « je me sens inconfortable avec mon surpoids ». Des termes tels que « grassouillette », « grosse », « corpulente », « laide » ont été utilisés pour d'écrire leur apparence physique. De plus, la comparaison avec les pairs semble être associée à l'insatisfaction corporelle chez deux adolescentes. Effectivement, celles-ci estiment être « physiquement différentes », être plus « corpulentes » lorsqu'elles se comparent aux autres adolescentes de leur entourage qui sont « minces ». De plus, quatre adolescentes associent directement leur image corporelle à leur surpoids : « je me sentais mieux avant, quand je n'étais pas en surpoids », « je me sentirais plus belle si je perdais du poids » et « j'aimerais changer mon corps pour celui d'un autre ».

Pour quatre participantes, l'insatisfaction corporelle se transpose sur le choix des vêtements qu'elles portent. D'une part, ces adolescentes éprouvent des difficultés à dénicher des vêtements qui leur plaisent et d'autre part, elles sont peinées de ne pas pouvoir porter certains types de vêtements qu'elles désireraient mettre si leur poids n'était pas ce qu'il est. Effectivement, deux participantes refusent catégoriquement de porter un maillot de bain, une autre évite les shorts puisqu'elle ne veut pas montrer ses cuisses tandis qu'une dernière camoufle les parties de son corps qu'elle juge indésirables par des vêtements amples. Cependant, deux participantes, bien qu'elles présentent une insatisfaction face à leur image corporelle apprécie leur visage.

6.6.4. Gestion des émotions

La gestion des émotions fait référence aux émotions, positives ou négatives, modifiant les apports alimentaires. Seulement trois participantes indiquent que leurs états émotifs ne sont pas liés à un désir de manger. En effet, ces adolescentes tendent à utiliser d'autres moyens que la nourriture pour gérer leurs émotions. Ainsi, plus du trois quarts de celles-ci (n=11) reconnaissent à intensité différente que certains états émotifs font naitre un désir de manger. Ainsi, les données démontrent que « ne rien faire » fait naitre un fort ou un très fort désir de manger chez près du trois quarts des adolescentes (n=10). « L'ennui » et le « stress » sont aussi des états émotifs qui tendent à modifier les apports alimentaires chez respectivement six et cinq des participantes. Être « down » et en « colère » ont aussi un impact non négligeable sur l'apport alimentaire de trois participantes. Finalement, la « culpabilité » et être « découragée » font naitre un fort ou un très fort désir de manger

chez deux adolescentes. Selon les données, le désir de manger est généralement associé aux états émotifs négatifs, sauf chez deux adolescentes qui indiquent qu'être « joyeuses » et « excitées », sont généralement associés à un fort désir de manger.

6.6.5. Vie sociale des participantes

Près des deux tiers des participantes (n=9) se considèrent comme étant sociables, alors que les autres (n=5) se considèrent comme étant plutôt solitaires. De plus, les données démontrent que neuf participantes (n=9) préfèrent être en « gang », alors que les cinq autres participantes préfèrent partager leur temps libre avec un nombre limité de pairs, soit en petit groupe. Parmi ces adolescentes, une préfère être en grand groupe, mais elle aime également passer du temps avec une ou deux amies, alors qu'une autre privilégie surtout les petits groupes d'amis, tout en ressentant le besoin de se retrouver seule. Une autre n'aime pas du tout se retrouver seule ressentant le besoin d'être constamment en présence de l'un ou l'autre de ses amis. Deux adolescentes indiquent que leur réseau social est plus étendu depuis qu'elles fréquentent une école secondaire.

Les informations recueillies dans les dossiers des participantes démontrent aussi que chez près des deux tiers des participantes (n=9) il y a une certaine facilité à se faire des amis et à créer de nouveaux contacts. Ainsi, ces dernières auraient de bonnes habiletés sociales et s'intègreraient facilement dans un groupe de pairs. Il en est autrement pour les adolescentes restantes (n=5) où il est plus difficile de se faire des amis. Dans le même ordre d'idées, chez près du trois quarts des participantes (n=10) il s'avère facile de

conserver ces relations amicales toutefois, chez plus du quart des participantes (n=4) il s'avère plus difficile de maintenir à long terme ses relations amicales. La proportion est égale entre les adolescentes en ce qui concerne le nombre de liens amicaux. En effet, la moitié des adolescentes indique avoir seulement quelques amis proches, qu'elles fréquentent à l'école et en dehors des heures de cours, alors que l'autre moitié ont plusieurs amis proches et ont un groupe de pairs plus étendu. Finalement, trois adolescentes vivent une relation amoureuse, sans que cet aspect ne soit détaillé dans les dossiers consultés.

Certaines des adolescentes se sont décrites au niveau social. En effet, deux adolescentes se considèrent être la « leader » de leur groupe de pairs tandis que deux autres auraient tendance à trop faire confiance à leurs pairs et à être affectées par les problèmes de ceux-ci. Finalement, cinq participantes estiment qu'elles sont « sensibles » et « attentionnée » aux besoins des autres.

6.7. Conséquences du surpoids et de l'obésité sur la vie des participantes

Cette section fait état du niveau de souffrance des adolescentes quant à leur obésité. Cette section met également en lumière les différentes conséquences de l'obésité sur la vie sociale, affective, scolaire ainsi que sur la pratique des sports et des loisirs.

D'abord, le niveau de souffrance des participantes a été évalué à partir de la question suivante : « Sur une échelle de 0 à 10, comment évalues-tu ton niveau de souffrance

actuel ? 0 n'étant pas du tout souffrant et 10 extrêmement souffrant. ». À partir des données disponibles, il est possible de constater que le niveau de souffrance moyen des adolescentes est de 4,2 sur 10, avec un minimum établi à 0,7, et un maximum à 10.

Seulement une adolescente a indiqué n'avoir aucune conséquence négative associée à son poids, et ce, dans toutes les sphères de sa vie. Les 13 autres affirment avoir quelques conséquences négatives dans au moins une sphère de leur vie. De plus, chez la majorité des adolescentes, les impacts de l'obésité se répercutent principalement sur leur vie sociale.

6.7.1. Conséquences sociales du surpoids et de l'obésité

La sphère sociale comprend les relations avec les pairs, mais également les relations affectives. Les données démontrent que plus du trois quarts des participantes subissent ou ont déjà subi des préjudices relativement à leur poids de la part de pairs. De plus, au moment de la collecte de données, neuf adolescentes affirment être victimes d'intimidation et de harcèlement. Cette intimidation se traduit à travers le rejet, des remarques désobligeantes, la violence verbale et également la violence physique de la part d'autrui. Outre les moqueries, des adolescentes affirment : « des pairs passent des commentaires blessants sur mon apparence physique », « j'ai l'impression que certaines personnes ne me parlent pas à cause de mon poids », « je sens que les gens me jugent rapidement, avant même de me connaitre », « mes amies sont toutes minces et des fois, elles me font sentir la différence » et « je subis des moqueries de la part des pairs, principalement lors des conflits […] ».

Rapport-Gratuit.com

Certaines adolescentes ont été en mesure d'identifier des conséquences qu'a cette intimidation sur elle-même comme un repli sur soi, une baisse de confiance en soi, être « fatiguée » de se faire regarder constamment et une difficulté à se faire des amis relativement à un inconfort en ce qui a trait à leur image corporelle.

Pour certaines adolescentes, leur victimisation demeure des événements du passé, surtout vécus au primaire. Ainsi, selon leurs dires : « j'ai déjà été victime une partie de mon primaire de moqueries », « j'ai été victime de moqueries et de sarcasmes, principalement vers la fin du primaire et au début du secondaire » et « j'ai été victime de moqueries, de remarques désagréables par rapport à mon corps et de rejet principalement au début du primaire ». Finalement, trois adolescentes indiquent ne jamais avoir été victimes d'intimidation concernant leur apparence physique, ni avant, ou au moment de la collecte de données.

Les données démontrent que l'obésité a également des conséquences négatives du point de vue affectif chez la moitié des adolescentes. Ceci se présente de deux manières, soit par l'impression qu'il est impossible d'attirer des garçons, soit par une réticence à aborder les garçons. Ces situations peuvent s'expliquer par une impression d'être moins attirante, par gêne de son apparence physique, par peur d'être rejetée. À l'extrême, une adolescente indique avoir la crainte qu'aucun garçon ne s'intéresse à elle.

6.7.2. Conséquences scolaires du surpoids et de l'obésité

Du point de vue scolaire, le poids des adolescentes semble avoir eu des conséquences négatives que chez une seule de celles-ci en ce qui a trait à ses résultats et comportements scolaires. Ainsi, les difficultés scolaires vécues par cette participante seraient le résultat de moqueries de la part des pairs. Ces derniers auraient aussi provoqué des comportements inadéquats chez cette victime d'intimidation. Cette dernière a d'ailleurs dû effectuer un changement de maison d'enseignement, qui aurait mis fin à ses problèmes comportementaux et scolaires.

6.7.3. Conséquences sur les loisirs et les activités sportives du surpoids et de l'obésité

Du point de vue de la pratique de sports et des loisirs, le poids des participantes aurait des conséquences chez près de la moitié des participantes (42,9 %). Ces conséquences se présentent de deux manières. D'une part, il peut y avoir une difficulté à exercer certains mouvements, d'autre part, il peut y avoir une gêne à exercer des mouvements devant les pairs. En effet, quatre participantes indiquent être inconfortables d'effectuer certaines manœuvres physiques, se sentent limitées et maladroites physiquement. Deux autres sont gênées de pratiquer certains sports et loisirs devant les pairs par crainte d'être ridiculisées. Dans les deux situations, il y a le refus de participer aux cours d'éducation physique dans le cadre de son cheminement scolaire ou en pratiquant certains sports en dehors des heures de classe.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Les résultats montrent que l'obésité a des conséquences chez la plupart des participantes. L'estime de soi, l'image corporelle, la vie personnelle, sociale, affective et scolaire ainsi que sportive sont tous des aspects où l'obésité a une incidence. Bien que les résultats montrent une contradictions entre les données obtenues suite aux évaluations subjectives et au CFSEI-2, l'obésité altère l'estime de soi de la plupart des adolescentes. L'obésité a également des impacts négatifs sur l'image corporelle de ces adolescentes. Ces dernières tendent à utiliser des termes péjoratifs pour se décrire. Par ailleurs, chez la majorité des participantes, l'obésité constitue un important facteur de discrimination en ce qui concerne la vie sociale, affective, scolaire et sportive. Les préjudices les plus importants sont dans la vie sociale des adolescentes. Les moqueries, la violence verbale, de la part des pairs, une réticence à aborder les garçons, une difficulté ou une gêne à exercer certains mouvements physiques sont quelques uns des exemples des conséquences de l'obésité chez nos participantes.

Discussion

Ce chapitre vise à apporter une signification cohérente aux résultats présentés au chapitre précédent en fonction des écrits scientifiques existants. Rappelons que ce mémoire visait à documenter les impacts du surpoids et de l'obésité sur l'estime de soi et l'image corporelle chez les adolescentes et à identifier les impacts de l'obésité dans leur vie personnelle, sociale et scolaire. Le présent chapitre discutera d'abord les résultats en ce qui a trait aux deux objectifs de recherche. Par la suite, les forces et les faiblesses de la présente étude seront présentées. S'en suivront des recommandations sur les avenues à explorer pour d'éventuelles recherches ainsi que les réflexions sur les retombées pour la pratique du travail social en milieu scolaire.

7.1. Estime de soi

L'estime de soi fait référence à la valeur qu'une personne s'accorde à elle-même, considérant la confiance en son efficacité personnelle et les mérites qu'elle s'accorde (Pyszczynski et al., 2004). Cet élément est donc une composante de l'ontosystème. Dans les écrits scientifiques consultés, la relation entre l'obésité et l'estime de soi ne fait pas l'unanimité (Ozmen et al., 2007). Néanmoins, la majorité des études tendent à démontrer une corrélation négative entre l'obésité et l'estime de soi. En effet, l'estime de soi chez les adolescents en surpoids tend à être plus faible en comparaison à des adolescents de poids normal (Ketata et al., 2010). Les résultats d'études montrent que près d'un

adolescent sur deux en surpoids présente un score d'estime de soi faible (Sudres et al., 2013). Une autre étude avance même, que trois adolescents sur quatre en surpoids ont une estime de soi altérée (Lefèvre et al., 2011). Dans le cadre de la présente étude, bien qu'il soit impossible de comparer nos adolescentes présentant un surpoids avec des adolescentes ayant un poids santé, les résultats obtenus à la composante « générale » au CFSEI-2 indiquent que huit adolescentes sur 10 obtiennent un score dans la moyenne ou un score élevé, pour les adolescentes de leur âge. Autrement dit, seulement deux des dix adolescentes obtiennent un score faible pour l'estime de soi « générale », démontrant ainsi qu'une adolescente sur cinq présente une faible estime de soi. Bien que les résultats obtenus au CFSEI-2 ne corroborent pas à la plupart des écrits portant sur l'estime de soi et le surpoids, indiquant entre autres que près de 50 % des adolescents obèses présentent une plus faible estime de soi (Sudres et al., 2013), les évaluations subjectives mettent en lumière que l'estime de soi semble altérée chez plusieurs adolescentes. Effectivement, sur une échelle de 1 à 10, les données recueillies auprès des adolescentes ayant participé au projet d'étude démontrent que le score moyen d'estime de soi subjective est de 6,7 sur 10, ce qui représente une perception assez négative ou du moins très peu élevée de l'estime de soi.

7.2. Image corporelle

Rappelons que l'image corporelle fait référence à la représentation interne qu'un individu possède de son apparence physique (Dany et Morin, 2010; Grogan 2016) et de son poids (Grogan, 2016; Thompson et al., 2005). Plusieurs notions sont au cœur de ce concept et de son évaluation, soit l'idéal corporel, le corps perçu, la satisfaction et

l'insatisfaction de l'image corporelle (Dany et Morin, 2010). Tous des éléments pouvant être inclus en tant que caractéristiques de l'ontosystème des adolescentes. Des études démontrent que l'image corporelle est perturbée chez les jeunes souffrant de surpoids ou d'obésité (Schwartz et Brownell, 2004; Sudres et al., 2013). Effectivement, l'étude de Lefèvre (2015) montre qu'une adolescente sur deux en surpoids présenterait une insatisfaction de son image corporelle. De plus, les études de Lefèvre et al., (2001 et 2015) ont révélé que le principal motif de consultation auprès des professionnels de la santé et de services sociaux pour les jeunes souffrant de surpoids ou d'obésité demeure un mal-être physique et psychologique. Les principales raisons évoquées étaient de « se sentir trop gros », « avoir de la difficulté à se vêtir » et « être avec les autres et pour pouvoir faire comme les autres » (Lefèvre et al., 2011; Lefèvre et al., 2015). Les résultats de la présente étude révèlent aussi que la majorité (soit près du deux tiers des adolescentes) présente une insatisfaction de leur image corporelle. Cette insatisfaction se transpose à travers le discours et les comportements de ces dernières. Ainsi, les adolescentes ont mentionné être complexées par leur apparence physique en utilisant des qualificatifs péjoratifs pour se décrire, tels que « grosses », « corpulentes », « laides », etc. La comparaison avec les pairs est également mentionnée par les adolescentes indiquant être : « physiquement différente » et « corpulente comparé aux autres jeunes filles qui sont minces ». Finalement, l'insatisfaction corporelle est associée à l'habillement chez des adolescentes ayant mentionné ne pas porter de maillot de bain ni, de short pour ne pas montrer des parties de leur corps qu'elles n'apprécient pas. Or, les résultats de la présente étude corroborent en tous points avec la plupart des études consultées quant à l'altération de l'image corporelle des adolescentes

obèses et aux raisons évoquées de cette insatisfaction (Lefèvre, 2015; Schwartz et Brownell, 2004; Sudres et al., 2013).

7.3. Conséquences du surpoids et de l'obésité

Les prochaines sections mettent en lien les résultats de la présente étude et les écrits scientifiques consultés quant aux conséquences du surpoids et de l'obésité sur les relations sociales et affectives, du point de vue scolaire ainsi que sur la pratique de sports et de loisirs.

7.3.1. Conséquences sociales du surpoids et de l'obésité

Selon Smolak (2004), l'adolescent obèse est confronté, dans le cadre de son microsystème, au regard d'autrui, à des moqueries et à des dévalorisations. Pour leur part Erickson et al., (2000), démontrent que les adolescents en surpoids ou obèses sont plus souvent la cible de stigmatisation, de discrimination et de violence verbale, voire même, de violence physique de la part des pairs. Selon l'étude de Tibère et al., (2007), l'école, faisant également partie du microsystème des adolescentes, est l'un des principaux lieux où s'instaurent les phénomènes de stigmatisation et de discrimination. Ces écrits sont conformes à ce qui a pu être constaté auprès des participantes de la présente étude. En effet, les données ont démontré que plus du trois quarts de celles-ci étaient des victimes ou avaient déjà été victimes d'intimidation. De plus, au moment de la collecte de données, neuf adolescentes sur 14 subissaient de l'intimidation de la part de leurs pairs dans leur milieu scolaire. L'intimidation prenait différentes formes telles que le rejet, les remarques désobligeantes, la violence verbale et même, la violence physique.

Par ailleurs, cette recherche démontre que pour certaines adolescentes, les actes d'intimidation demeurent des événements du passé, principalement vécus à l'école primaire. La recension des écrits de la présente recherche ne permet pas d'établir un lien entre l'intimidation, l'intensité de l'intimidation et le niveau scolaire. Cependant, il est possible de penser que les adolescentes de la présente étude fréquentant les écoles secondaires souffrant d'obésité ou de surpoids sont davantage en mesure de se joindre à un groupe de pairs lui ressemblant davantage du point de vue des intérêts personnels ou de l'apparence physique, les rendant ainsi plus indépendantes et matures.

Par ailleurs, certaines adolescentes ont évoqué des conséquences à cette intimidation. Ces conséquences prenaient différentes formes comme un repli sur soi, une baisse de confiance en soi, être fatiguée de constamment se faire regarder et une difficulté à se faire des amis en lien avec un inconfort de l'image corporelle. Les résultats de la présente étude abondent donc dans le même sens que les recherches existantes indiquant que les sentiments de dévalorisation et de stigmatisation sont associés à l'isolement social (Lefèvre, 2015). La stigmatisation tend également à rendre plus difficiles la socialisation et l'intégration à un groupe de pairs (Lobstein, Baur et Uauy, 2004; Tibère et al., 2007). En effet, dans la présente étude, plus du tiers des adolescentes (35,7 %) affirmaient avoir de la difficulté à se faire des amis et à créer de nouveaux contacts, qui plus est pour plus du quart de celles-ci (28,6 %) il s'avérait difficile de maintenir à long terme ces relations amicales.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

D'autres auteurs indiquent que les adolescents obèses ont un plus faible soutien social et un réseau social plus limité (Martyn-Nemeth et al., 2009). Les résultats de la présente étude démontrent qu'à proportion égale, la moitié des adolescentes ont plusieurs amis proches et un groupe de pairs étendu alors que l'autre moitié des adolescentes a seulement quelques amis proches. Avec les résultats de la présente étude, il s'avère impossible de conclure que le fait d'avoir un petit cercle d'amis est directement ou indirectement associé au problème de poids d'autant plus si ce réseau s'avère être positif pour l'adolescente.

7.3.2. Conséquences affectives du surpoids ou de l'obésité

À l'instar des résultats de Bajos et al., (2010) et de Tibère et al., (2007), la présente étude démontre que le surpoids et l'obésité a des impacts négatifs au point de vue affectif. Dans ce mémoire, les impacts se présentent de deux manières : 1) l'impression qu'il est impossible d'attirer les garçons, et 2) une réticence à les aborder. Les études de Forste et Moore (2012) et d'Oderda et Tounian (2013) vont dans le même sens que nos résultats indiquant que l'impression d'être moins attirante, la gêne de son apparence physique et la peur d'être rejetée pourraient expliquer les impacts que peuvent avoir le surpoids et l'obésité sur le développement des relations affectives. Par ailleurs, Orderda et Tounian (2013) avancent que chez certains jeunes les rapports de séduction et les relations amoureuses sont souvent une motivation à la perte de poids. Les résultats de la présente étude ne permettent toutefois pas d'avancer de telles conclusions. Bien que les adolescentes aient mentionné leur désir de perdre du poids, aucune de celle-ci n'a

Rapport-Gratuit.com

mentionné que ce désir était dû aux rapports de séduction ou au développement de relations amoureuses.

7.3.3. Conséquences scolaires du surpoids et de l'obésité

Plusieurs études ont démontré la présence d'une corrélation positive entre l'obésité et la présence de diverses difficultés scolaires (Basdevant, Laville et Ziegler, 1998; Lefèvre et al., 2011). Toutefois, la présente étude n'a pas permis de corroborer certains des écrits scientifiques consultés indiquant que l'obésité aurait une influence sur les performances scolaires, sur les capacités d'apprentissages et sur l'acceptation aux écoles postsecondaires (Gortmaker et al., 1993), et ce, probablement en raison du nombre limité d'adolescentes participant au projet AVIPA. Certes, certaines adolescentes présentent des difficultés scolaires, mais rien ne permet d'associer ces faibles résultats scolaires au problème de poids de ces dernières. À ce sujet, une étude portant sur des adolescentes fréquentant un centre d'éducation des adultes dans la région du Saguenay dans le but d'obtenir leur diplôme de secondaire V, ont mentionné que leurs difficultés académiques vécues lors de leur passage au secondaire étaient principalement dues à des difficultés d'ordre personnel ou familial, comme par exemples vivre de l'instabilité résidentielle (fréquent changement de domicile), le fait d'être victime d'agression sexuelle ou de vivre de profondes mésententes avec les parents (Tremblay, 2015).

Par ailleurs, comme il a été mentionné par certaines études, les difficultés scolaires peuvent résulter de troubles neurocognitifs (difficultés d'attention et troubles de comportements) (Lobstein, Baur et Uauy, 2004; Noal et al., 2011). Ces difficultés peuvent

aussi provenir du harcèlement verbal et physique, ainsi que des moqueries et des discriminations dont peuvent être victimes les jeunes présentant des problèmes de surpoids ou d'obésité (Noal et al., 2011). À ce sujet, tout comme les écrits de Lefèvre (2015) et Oderda et Tounian (2013), une adolescente a indiqué que ses difficultés scolaires étaient le résultat de l'intimidation dont elle était victime, provoquant ainsi des comportements inadéquats chez cette dernière. Lefèvre (2015) et Oderda et Tounian (2013) ont également souligné que l'intimidation peut aussi provoquer des troubles de concentration, des absences scolaires, de l'isolement allant jusqu'à la déscolarisation et à des perturbations de l'humeur. Toutefois, les résultats de l'étude ne permettent pas de tirer de telles conclusions puisque cette situation n'a été relevée que chez une seule participante.

7.3.4. Conséquences du surpoids ou de l'obésité sur les activités sportives et les loisirs

La présente étude a permis de constater que l'obésité a des conséquences sur la pratique de sports et de loisirs chez près de la moitié des adolescentes. Ces résultats appuient donc les résultats de l'étude de Buttitta et ses collaborateurs (2014) indiquant que cette population tend à avoir une plus grande insatisfaction quant à leurs niveaux d'autonomie et de compétences dans les sports et loisirs.

Chez les adolescentes rencontrées, les informations recueillies démontrent que cette insatisfaction se présente sous deux formes, soit 1) une difficulté d'exercer certains mouvements physiques et 2) une gêne à exercer des mouvements devant autrui, amenant parfois même à un refus de participer aux cours d'éducation physique. La présente étude

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

ne permet toutefois pas de confirmer les résultats d'autres recherches démontrant que des douleurs articulaires, l'essoufflement et l'adipomastie pendulaire expliqueraient la perception du jeune quant à sa capacité physique (Buttina et al., 2014; Lefèvre, 2015; Lefèvre et al., 2011), provoquent les conséquences énumérées précédemment.

7.4. Forces et limites de la recherche

La présente section a pour but d'explorer les forces et les limites de la présente recherche. D'abord, quant au recrutement des participantes, des publicités ont été envoyées aux omnipraticiens de la région qui pouvaient par la suite référer des patients à la Clinique multidisciplinaire de l'adolescence. Ce mode de fonctionnement a grandement facilité le recrutement des adolescentes. Cependant, le recrutement a été accompli sous forme de volontariat auprès d'un groupe d'adolescentes comportant des caractéristiques communes. Ainsi, il est possible de penser que ce sont probablement les filles les plus affectées par leur problème de poids, les plus enclines à en parler ou celles les plus désireuses de perdre du poids qui ont accepté de prendre part à l'étude. Par ailleurs, cette étude a été réalisée à partir d'un échantillon de petite taille, soit auprès de 14 participantes, ce qui ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des participantes âgées entre 11 et 16 ans en surpoids ou obèses et encore moins auprès de celles vivant dans d'autres régions que le Saguenay-Lac-Saint-Jean. Bien que les résultats observés n'apportent pas de certitudes, ils fournissent néanmoins des connaissances et des pistes de réflexion sur la réalité de l'obésité à l'adolescence qui demeure une problématique aux retombées multiples.

Quant à la méthodologie, l'utilisation de l'approche mixte combinant une stratégie d'analyse quantitative des résultats issus d'outils standardisés et d'une analyse du discours des participantes par l'entremise d'entrevues individuelles semi-dirigées, de nature qualitative a permis d'approfondir les résultats et de donner un portrait plus juste de la réalité de l'obésité à l'adolescence.

Cette étude demeure une analyse secondaire de données recueillies dans le cadre d'une recherche effectuée antérieurement qui ne visait pas nécessairement nos propres objectifs de recherche. La présentation des résultats s'est donc effectuée à partir des notes obtenues qui ont été traitées et interprétées par les différents professionnels suite à la réalisation d'entrevues semi-dirigées (non enregistrées) et de la passation d'un nombre limité de tests standardisés reconnus pour leurs qualités psychométriques. Par conséquent, il a été impossible d'accéder à des enregistrements verbaux d'entrevues qui auraient probablement fourni un contenu plus riche et plus complet sur le vécu des adolescentes. Il faut aussi mentionner que certains dossiers ne contenaient pas les résultats de certains tests administrés aux participantes comme le CFSEI-2 et que les notes prises par les professionnels sur plusieurs questions du guide d'entrevue semi-dirigée étaient très brèves. Ainsi, l'accès à l'ensemble des tests et à des informations plus détaillées dans les dossiers de chacune des participantes aurait probablement permis de bonifier nos connaissances quant à l'estime de soi des participantes souffrant de surpoids ou d'obésité.

De plus, ce mémoire s'inscrivait dans la première phase de la collecte des données d'une étude multidisciplinaire qui s'échelonnait sur une période de 16 semaines. La motivation des adolescentes étant probablement à leur plus haut niveau à ce stade est un facteur ayant pu contribuer à l'investissement total de l'adolescente dans le projet AVIPA.

7.5. Avenues et perspectives de recherche

Les conclusions de cette étude suggèrent quelques perspectives qui pourront éventuellement être explorées dans le cadre de recherches futures. Considérant que l'étude initiale s'échelonnait sur une période de 16 semaines, il serait fort intéressant d'évaluer les mêmes données analysées dans le cadre de cette étude au bout de 16 semaines d'intervention multidisciplinaire, soit les données post-intervention. Confirmant ou infirmant ainsi l'efficacité à moyen terme de ce type d'intervention sur l'estime de soi, l'image corporelle et la vie sociale et scolaire de l'obésité chez une population d'adolescentes.

Par la suite, les données portant sur l'estime de soi, l'image corporelle et les conséquences du surpoids et de l'obésité chez les adolescentes foisonnent dans la littérature actuelle, alors qu'elle semble moins abondante pour les adolescents. Il serait donc pertinent d'approfondir les connaissances portant sur cette population. Puisqu'à l'instar des dires et des données portant sur l'obésité et les conséquences psychosociales chez une population de jeunes femmes, il serait pertinent d'en connaitre tout autant sur l'obésité et les conséquences psychosociales chez une population de jeunes hommes. Cela permettrait ainsi de faire

ressortir les similitudes et les divergences en fonction des sexes et d'apporter des pistes d'interventions adaptées aux réalités spécifiques de ces deux groupes.

Finalement, plusieurs auteurs analysent leurs données en effectuant des comparaisons entre une population d'adolescents en surpoids ou obèses et une population d'adolescents de poids santé. Ainsi, il s'avérerait pertinent d'effectuer ces mêmes comparaisons.

7.6. Retombées pour le travail social

À la lumière des écrits existants et des résultats de la présente étude, force est de constater que le surpoids et l'obésité peuvent avoir de graves conséquences dans la vie des adolescentes. Cette étude met donc à la disposition des différents acteurs gravitant dans la vie des adolescentes, des données scientifiques en lien avec une réalité de plus en plus préoccupante. Par ailleurs, cette étude révèle des informations essentielles à la compréhension de l'importance des conséquences de l'obésité chez une population d'adolescentes. Ainsi, elle soutient l'importance de considérer et surtout de ne pas négliger toutes les conséquences possibles qu'entraine le surpoids ou l'obésité, d'autant plus lorsque nous savons qu'une adolescente obèse a beaucoup plus de risque de devenir une adulte obèse.

Par ailleurs, étant donné que l'approche bioécologique a démontré sa pertinence dans l'analyse d'une telle problématique, il appert que les intervenants et travailleurs sociaux auraient avantage à utiliser cette approche afin d'augmenter leur compréhension à l'égard des composantes de cette problématique pour ainsi gérer les impacts négatifs provenant des éléments multisystémiques gravitant dans la vie de l'adolescente. En effet, les intervenants en milieu scolaire devraient être plus attentifs aux différentes conséquences de l'obésité. L'intervention de proximité devrait être mise sur pied afin d'identifier les adolescentes à risque à souffrir émotionnellement et socialement des conséquences du surpoids et de l'obésité. Ces intervenants devraient aussi travailler avec ces adolescentes afin d'améliorer les aspects les plus durement touchés par les problèmes de poids. Par ailleurs, considérant que la majorité des adolescentes de cette étude ont été victimes d'intimidation, à un moment ou à un autre de leur vie, il s'avérerait important de développer des programmes visant à sensibiliser les jeunes sur les conséquences de l'intimidation et de ces différentes formes. Les intervenants sociaux et les professionnels de la santé devraient également travailler ensemble afin de mettre sur pied différentes campagnes de sensibilisation visant non seulement l'apprentissage de saines habitudes de vie, mais visant également l'apprentissage des impacts psychosociaux du surpoids et de l'obésité.

Conclusion

Cette recherche a permis de documenter les retombées de l'obésité sur l'estime de soi, l'image de soi et la vie sociale, chez les adolescentes participant à l'expérimentation d'une intervention visant à évaluer la faisabilité d'un programme d'activité physique combiné à un programme d'évaluation et d'intervention multidisciplinaire (médecin, nutritionniste, infirmier, psychologue et travailleur social) au niveau de la prise en charge du surpoids et de l'obésité, et ce, pendant une période de 16 semaines. Plus spécifiquement, deux objectifs spécifiques ont orienté la présente recherche, soit 1) documenter les impacts du surpoids et de l'obésité sur l'estime de soi et l'image corporelle chez les adolescentes et 2) identifier les impacts de l'obésité dans les différentes sphères de leur vie, soit personnelle, sociale et scolaire. Les impacts de l'obésité du point de vue psychosocial sont largement documentés dans les écrits scientifiques et font l'objet de différents reportages autant dans les médias écrits qu'audiovisuels. Ces derniers dénoncent les nombreux impacts négatifs qu'entraine l'obésité et cette recherche n'y fait pas exception.

La présente étude permet de constater que le surpoids et l'obésité ont des impacts néfastes non seulement sur l'estime de soi, mais également sur l'image corporelle. D'abord, bien que l'évaluation subjective de l'estime de soi et les données obtenues au CFSEI-2 apportent des résultats contradictoires quant à l'estime de soi des adolescentes, ceux-ci ont néanmoins permis de constater que l'obésité semble provoquer une altération

de l'estime de soi chez une partie non négligeable des adolescentes qui ont été rencontrées dans le cadre de la présente étude. Ensuite, il a été possible de constater que l'obésité a également des impacts négatifs sur l'image corporelle des adolescentes, à une période où l'image corporelle est en pleine mutation, l'obésité tend à contribuer à ce que les adolescentes rencontrées vivent de l'insatisfaction à l'égard de leur image corporelle. Ainsi, les adolescentes se trouvent « grosses » et « corpulentes » et ont tendance à se comparer négativement avec les pairs. Par dégout de leur corps, l'habillement revêt d'une grande importance. Alors que certaines s'abstiennent de porter certains vêtements, d'autres utilisent les vêtements pour cacher leur corps.

L'analyse des données recueillies pendant cette étude pilote a aussi permis de documenter les conséquences du surpoids et de l'obésité sur la vie personnelle, sociale, affective et scolaire ainsi que sur la pratique des loisirs. À intensité variable, la présente étude démontre que l'obésité constitue un important facteur de discrimination en ce qui concerne la vie sociale, affective, scolaire et sportive des adolescentes, où les préjudices les plus importants ont été constatés dans la vie sociale. Effectivement, plusieurs de celles-ci sont victimes d'intimidation allant de la moquerie jusqu'à la violence physique en raison de leur apparence physique. Les conséquences de cette intimidation sont importantes et méritent qu'on y porte attention : un repli sur soi, une baisse de confiance en soi, être fatiguée de constamment se faire regarder et une difficulté à se faire des amis en lien avec un inconfort de son image corporelle.

Rapport-Gratuit.com

L'étude a également permis de constater qu'au point de vue affectif, les préjudices se présentent de manière différente et en moindre importance. Il y a d'abord par l'impression qu'il est impossible d'attirer les garçons et d'autre part, les adolescentes ont des réticences à aborder les garçons par crainte de refus ou de se faire ridiculiser. L'impression d'être moins attirante, la gêne de son apparence physique et la peur d'être rejetée pourraient expliquer les impacts du surpoids et de l'obésité sur le développement des relations affectives.

Du point de vue scolaire, rien ne permet d'associer ces faibles résultats scolaires de certaines des particpantes à leur problème de poids.

En ce qui a trait aux loisirs et aux sports, les problèmes de poids des participantes rencontrées dans le cadre du programme AVIPA entrainent des conséquences négatives chez plusieurs de celles-ci. Dans une société où la performance s'avère plus qu'importante, l'obésité se voit être comme un handicap physique se présentant de deux manières chez les adolescentes, soit par une difficulté à exercer certains mouvements physiques ou une par gêne à exercer des mouvements devant autrui, par peur d'être ridiculisées.

Cette étude présente plusieurs forces et limites. En effet, le recrutement des participantes a été facilité par le mode de fonctionnement de ce dernier, Cependant, considérant que les participantes ont des caractéristiques communes, il est possible de penser que ce sont problablement les adolescentes les plus affectées par leur problème de poids qui se sont impliquées dans le projet d'étude. Par ailleurs, le petit échantillonage ne permet pas de

généraliser les résultats à l'ensemble de la population à l'étude et encore moins à celle du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'utilisation d'une approche de type mixte a permis d'approfondir les résultats. Par la suite, le manque d'accès aux enregistrements verbaux et à l'ensemble des résultats aux tests standardisés est également une limite de la présente étude. Finalement, la motivation des adolescentes probablement à leur plus haut niveau à ce stade de la collecte de données a contribué à l'investissement totale de ces dernières dans le projet AVIPA.

Cette étude est donc conforme à ce qui a été souligné dans les écrits existants, car au sein de la population faisant l'objet de nos analyses, il est démontré que le surpoids et l'obésité entrainent de graves préjudices dans plusieurs aspects de la vie de ces adolescentes. L'obésité et ses impacts méritent donc d'être pris en compte par tous les professionnels de la santé, y compris les travailleurs sociaux, considérant que dans le cas où l'obésité ne persiste pas au-delà de l'enfance, elle n'aurait que peu d'impact sur la santé psychosociale et les différentes sphères de la vie adulte (Viner et Cole, 2005). De plus, comme l'obésité infantile tend souvent à se maintenir jusqu'à l'âge adulte il demeure important de prévenir le surpoids et l'obésité, et ce, dès le plus jeune âge (Chiolero et al., 2007).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Références

Afeas (2005). *L'obésité chez nos jeunes, question de poids, question de santé.* Cahier d'animation 2004-2005.

Agence de la santé publique du Canada (2016). *Quel est l'état de santé des Canadiens ? Analyse des tendances relatives à la santé des Canadiens du point de vue des modes de vie sains et des maladies chroniques.*

Anis, A. H., Zhang, W., Bansback, N., Guh, D. P., Amarsi, Z., et Birmingham, C. L. (2010). Obesity and overweight in Canada: an updated cost-of-illness study. *Obesity Reviews*, *11*(1), 31-40.

Annis, N. M., Cash, T. F., et Hrabosky, J. I. (2004). Body image and psychosocial differences among stable average weight, currently overweight, and formerly overweight women: the role of stigmatizing experiences. *Body image*, *1*(2), 155-167.

Arens, R., et Muzumdar, H. (2010). Childhood obesity and obstructive sleep apnea syndrome. *Journal of applied physiology*, *108*(2), 436-444.

Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., et Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *British Medical Journal*, *340*, 1-9.

Baril, G., Paquette, M. C., et Gendreau, M. (2011). Le culte de la minceur et la gestion sociale du risque : le cas de la Charte québécoise pour une image corporelle saine et diversifiée. *Sociologie et sociétés*, *43* (1), 201-222.

Basdevant, A. (2006). L'obésité : origines et conséquences d'une épidémie. *Comptes Rendus Biologies*, *329* (8), 562-569.

Basdevant, A., et Guy-Grand, B. (2004). Traité de médecine de l'obésité. *Paris : Flammarion Médecine Sciences*.

Basdevant, A., Laville, M., et Ziegler, O. (1998). Recommandations pour le diagnostic, la prévention et le traitement de l'obésité. *Cahier de Nutrition et de diététique*, *33*, 1-148.

Battle, J. (1981). *Culture-Free Self-Esteem Inventories for Children and Adults.* Austin, TX: PRO-ED.

Battle, J. (2002). *Culture-free self-esteem inventories : Examiner's manual*. Pro-Ed, Incorporated.

Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., et Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(2), 217-229.

Berdah, C. (2010). Obésité et troubles psychopathologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, *168* (3), 184-190.

Bjorge, T., Engeland, A., Tverdal, A., et Smith, G. D. (2008). Body mass index in adolescence in relation to cause-specific mortality: a follow-up of 230,000 Norwegian adolescents. *American journal of epidemiology*, *168*(1), 30-37.

Blackburn, M.-È., Auclair, J., Dion, J., Laberge, L., Gaudreault, M., Veillette, S., Lapierre, R., et Perron, M. (2008). Évolution de l'estime de soi et de l'insatisfaction de son image de 14 à 18 ans. Série Enquête longitudinale auprès des élèves saguenéens et Jeannois. Jonquière : Groupe ÉCOBES

Bocquier, A., Boullu-Ciocca, S., Verger, P., et Oliver, C. (2006). Obésité : où en sommes-nous ? *La presse médicale*, *35* (2), 270-276.

Bouvard, M. (2008). *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Elsevier Health Sciences France.

Breton, J. J., Légaré G., Goulet C, Laverdure J. et D'Amours, Y. (2002). Santé mentale. Dans *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et adolescents québécois 1999.* Québec : Institut de la statistique du Québec.

Britz, B., Siegfried, W., Ziegler, A., Lamertz, C., Herpertz-Dahlmann, B. M., Remschmidt, H. et Hebebrand, J. (2000). Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International journal of obesity*, *24*(12), 1707-1714.

Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development*, 619-647.

Bronfenbrenner, U. (2001). *The bioecological Theory of Human Development*

Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Sage.

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R.M. Lerner (Eds), *Handbook of child psychology: Theorical models of human development* (Se ed., Vol. 1, pp. 993-1028). New York: John Wiley.

Buttitta, M., Rousseau, A., Gronnier, P., et Guerrien, A. (2014). Anxiété sociale et satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale chez les adolescents obèses. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *62* (5), 271-277.

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2004). *Body image : A handbook of theory, research, and clinical practice*. The Guilford Press.

Canning, H., et Mayer, J. (1966). Obesity-it's possible effect on college acceptance. *New England Journal of Medicine*, *275*(21), 1172-1174.

Cantin, S., et Stan, S. N. (2010). Les relations avec les pairs à l'adolescence comme facteurs de risque de l'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *42* (2), 116.

Caprio, S., Daniels, S. R., Drewnowski, A., Kaufman, F. R., Palinkas, L. A., Rosenbloom, A. L., et Schwimmer, J. B. (2008). Influence of race, ethnicity, and culture on childhood obesity: implications for prevention and treatment a consensus statement of shaping America's health and the obesity society. *Diabetes care*, *31*(11), 2211-2221.

Carignan, L. (2011). Principales approches en travail social. *D. Turcotte et JP. Deslauriers (sous la dir. de). Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, 141-163.

Cartwright, M., Wardle, J., Steggles, N., Simon, A. E., Croker, H., et Jarvis, M. J. (2003). Stress and dietary practices in adolescents. *Health Psychology, 22*(4), 362.

Chabanne, J. C., Cellier, M., Dreyfus, M., et Soulé, Y. (2008). Les enjeux lexicaux de la lecture littéraire. *F. Grossmann et S. Plane (Éds.), Les apprentissages lexicaux,* 85-101.

Chaput, J. P., Brunet, M., et Tremblay, A. (2006). Relationship between short sleeping hours and childhood overweight/obesity: results from the 'Quebec en Forme'Project. *International journal of obesity, 30*(7), 1080-1085.

Charles, M. A. (2007). Épidémiologie de l'obésité infantile : le passé, le présent, l'avenir. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie, 10* (6), 360-364.

Chiolero, A., Lasserre, A. M., Paccaud, F., et Bovet, P. (2007). L'obésité chez les enfants : définition, conséquences et prévalence. *Revue médicale suisse, 3* (111), 1262-1269.

Cole, T. J., Faith, M. S., Pietrobelli, A., et Heo, M. (2005). What is the best measure of adiposity change in growing children: BMI, BMI %, BMI z-score or BMI centile? *European journal of Clinical nutrition, 59*(3), 419-425.

Daniels, S. R. (2009). Complications of obesity in children and adolescents. *International Journal of Obesity, 33,* S60-S65.

Dany, L., et Morin, M. (2010). Image corporelle et estime de soi : étude auprès de lycéens français. *Bulletin de psychologie, 5* (509), 321-334.

Davison, K. K., et Birch, L. L. (2002). Processes linking weight status and self-concept among girls from ages 5 to 7 years. *Developmental Psychology, 38*(5), 735–748.

Delarue, C. (2010). Psychomotricité et obésité chez l'adolescent. *Journal de pediatrie et de puericulture, 23* (5), 254-261.

Derenne, J. L., et Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry, 30* (3), 257-261.

Dion, J., Hains, J., Vachon, P., Plouffe, J., Laberge, L., Perron, M., McDuff, P., Leone, M. (2016). Be thinner or larger? Correlates of body dissatisfaction in a large sample of French-Canadian children. *The Journal of Pediatrics*.

Drapeau, S. (2008). L'approche bioécologique du développement humain. *GM Tarabulsy, MA Provost, S. Drapeau et É. Rochette. L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables,* 11-31.

Duchesne, A.-P. (2014). *Le rôle de l'estime de soi dans le lien entre l'insatisfaction de l'image corporelle, l'anxiété et la dépression chez les adolescents.* Thèse de doctorat, Université du Québec à Chicoutimi.

Ebeling, C.B., Pawlak, D.B., Ludwig, D.S., (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sens cure. *Journal of Applied Social Psychology, 36*(9), 2240-2265.

Eide, R. (1982). The relationship between body image, self-image and physical activity. *Scandinavian Journal of Social Medicine, 29,* 109-112.

Engeland, A., Bjørge, T., Tverdal, A., et Søgaard, A. J. (2004). Obesity in adolescence and adulthood and the risk of adult mortality. *Epidemiology, 15*(1), 79-85.

Erermis, S., Cetin, N., Tamar, M., Bukusoglu, N., Akdeniz, F., et Goksen, D. (2004). Is obesity a risk factor for psychopathology among adolescents?. *Pediatrics International, 46*(3), 296-301.

Erickson, S. J., Robinson, T. N., Haydel, K. F., et Killen, J. D. (2000). Are overweight children unhappy?: Body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in

elementary school children. *Archives of pediatrics et adolescent medicine*, *154* (9), 931-935.

Fennoy, I. (2010). Metabolic and respiratory comorbidities of childhood obesity. *Pediatric annals*, *39*(3), 140-146.

Forste, R., et Moore, E. (2012). Adolescent obesity and life satisfaction: Perceptions of self, peers, family, and school. *Economics et Human Biology*, *10*(4), 385-394.

Fourchard, F., et Courtinat-Camps, A. (2013). L'estime de soi globale et physique à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *61* (6), 333-339.

Fowler-Brown, A. G., Ngo, L. H., Phillips, R. S., et Wee, C. C. (2010). Adolescent obesity and future college degree attainment. *Obesity*, *18*(6), 1235-1241.

Franko, D. L., Striegel-Moore, R. H., Thompson, D., Schreiber, G. B., et Daniels, S. R. (2005). Does adolescent depression predict obesity in black and white young adult women?. *Psychological Medicine*, *35*(10), 1505-1513.

Freedman, D. S., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., & Berenson, G. S. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*, *103*(6), 1175-1182.

Friedman, M. A., et Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological bulletin*, *117*(1), 3-20.

Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., et Musante, G. J. (2002). Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obesity Research*, *10*(1), 33-41.

Furnham, A., Badmin, N., et Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction : Gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The Journal of psychology*, *136*(6), 581-596.

Garnett, S.P., Baur, L.A., et C.T. Cowell (2011). The prevalence of increases central adiposity in Australian school children 1985 to 2007. *Obesity Review*, *12*(11), 887-896.

Germov, J., et Williams, L. (1996). The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, *27* (2), 97-108.

Gillet, N., et Rosnet, E. (2008). Basic need satisfaction and motivation in sport. *The Online Journal of Sport Psychology*, *10*(3).

Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Camargo Jr, C. A., Berkey, C. S., Frazier, A. L., Rockett, H. R. et Colditz, G. A. (2001). Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. *Jama*, *285* (19), 2461-2467.

Godin, M.P., Brault, D. et Girard, L. (2005). *L'Afeas en 2004-2005 ses orientations, ses activités, ses positions.*1-83.

Goldfield, G. S., Moore, C., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., et Flament, M. F. (2010). Body dissatisfaction, dietary restraint, depression, and weight status in adolescents. *Journal of School Health*, *80*(4), 186-192.

Goodman, E., et Whitaker, R. C. (2002). A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity. *Pediatrics*, *110*(3), 497-504.

Gortmaker, S. L., Must, A., Perrin, J. M., Sobol, A. M., et Dietz, W. H. (1993). Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *New England journal of medicine*, *329*(14), 1008-1012.

Griffiths, C., Gately, P., Marchant, P.R. et C.B. Cooke (2013). A five year longitudinal study investigating the prevalence of childhood obesity: comparaison of BMI and waist circumference. *Public Health*, 127(12), 1090-1096.

Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *Pediatric Obesity, 5*(4), 282-304.

Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children*. Routledge.

Harriger, J. A., et Thompson, J. K. (2012). Psychological consequences of obesity: weight bias and body image in overweight and obese youth. *International Review of Psychiatry, 24*(3), 247–253.

Heinberg, L. J., et Thompson, J. (2009). *Obesity in youth: Causes, consequences, and cures*. American Psychological Association.

Hesketh K, Wake, M, et Waters, E. (2004) Body mass index and parentreported self-esteem in elementary school children: evidence for a causal relationship. *International Journal of Obesity* and Related Metabolic *Disorders 28*(10), 1233-1237.

Hesse-Biber, S. J. (1996). *Am I thin enough yet?: The cult of thinness and the commercialization of identity*. Oxford University Press.

Hettler, B. (1976). *The six dimensions of wellness.* National Wellness Institute

Heude, B., et Charles, M. A. (2001). Le devenir à l'âge adulte de l'obésité de l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture, 14* (8), 474-479.

Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Obésité au Canada : rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'institut canadien d'information sur la santé*. Institut canadien d'information sur la santé. Récupéré le 10 mars 2016 de http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/assets/pdf/oic-oac-fra.pdf.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2012) *Traitement de l'obésité des enfants et des adolescents en 1re et 2e ligne : guide de pratique clinique. Volet I*. Mtl, Qc, 62 p.

Institut national de santé publique du Québec (2012). *Normes sociales, poids et image corporelle au Québec : deux exemples d'actions préventives*. Récupéré le 10 mars 2016 de : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1489_NormesSocPoidsImageCorpoQc.pdf.

Institut national de santé publique du Québec (2015). *Les conséquences économiques associées à l'obésité et à l'embonpoint au Québec : les coûts liés à l'hospitalisation et aux consultations médicales*.

Institut national de santé publique du Québec (2016). *Surveillance du statut pondéral mesuré chez les jeunes du Québec : état de situation*.

Jackson, S. E., Beeken, R. J., et Wardle, J. (2014). Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. *Obesity, 22*(12), 2485-2488.

Ketata, W., Aloulou, J., Charfi, N., Abid, M., et Amami, O. (2010). Prévalence et facteurs corrélés à une faible estime de soi chez le sujet obèse. *Obésité, 5* (3), 45-50.

Krogsrud-Miley, K., O'Melia, M., et DuBois, B. (2001). Generalist Social Work Practice.

Krukowski, R. A., Smith West, D., Philyaw Perez, A., Bursac, Z., Phillips, M. M., et Raczynski, J. M. (2009). Overweight children, weight-based teasing and academic performance. *International Journal of Pediatric Obesity, 4*(4), 274-280.

Kubzansky, L. D., Gilthorpe, M. S., et Goodman, E. (2012). A prospective study of psychological distress and weight status in adolescents/young adults. *Annals of Behavioral Medicine*, *43*(2), 219-228.

Kuhle, S., Allen, A. C., et Veugelers, P. J. (2010). Prevention potential of risk factors for childhood overweight. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, 365-368.

Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M., et Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie, 22* (1), 71-87.

Lachal, J., Orri, M., Sibeoni, J., Moro, M. R., et Revah-Levy, A. (2015). Méta-synthèse qualitative de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *63* (3), 183-191.

Lachance, B., Bertrand, L., Drouin, D., Pageau, M., Poirier, A., et Roy, S. (2006). *Investir pour l'avenir : Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012*. Santé et services sociaux Québec.

Lambert, M., Delvin, E. E., Levy, E., O'Loughlin, J., Paradis, G., Barnett, T., et McGrath, J. J. (2008). Prevalence of cardiometabolic risk factors by weight status in a population-based sample of Quebec children and adolescents. *Canadian Journal of Cardiology*, *24*(7), 575-583.

Lamontagne, P., & Hamel, D. (2009). *Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005*. Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique Québec.

Lapierre, R., Arth, E., Clouston, M.-C., Tremblay, F., et Violette. R. (2014). *Tableau synoptique des indicateurs sociosanitaires du Saguenay–Lac-Saint-Jean*. Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Le, J., Zhang, D., Menees, S., Chen, J., et Raghuveer, G. (2010). "Vascular age" is advanced in children with atherosclerosis-promoting risk factors. *Circulation : Cardiovascular Imaging*, *3*(1), 8-14.

Lecerf, J.-M. (2014). Les déterminants de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent. *Pratiques en nutrition, 38* (1), 13-15.

Lefèvre, H. (2015). Obésité chez l'adolescent : un diagnostic simple, une prise en charge complexe. *Soins. Pédiatrie, puériculture, 36* (286), 14-16.

Lefevre, H., Bertrand, J. B., Vachey, B., et Moro, M. R. (2011). Qui sont les adolescents consultant pour demande de prise en charge d'une obésité dans une Maison des Adolescents ? Phénotypes d'une cohorte de 200 patients. *Archives de pédiatrie, 18* (11), 1162-1169.

Li, C., Ford, E.S., Mokdad, A. H. et S. Cook (2006). Recent trends in waist circumference and waist-height ratio among US children and adolescents. *Pediatrics*, *118*(5), 1390-1398.

Lobstein, T., Baur, L., et Uauy, R. (2004). IASO International Obesity Task Force. Obesity in children and young people. *Obesity review*, *5*(1), 4-85.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B., et Bryant, F. B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behavior, and depressive mood in adolescents. *Research in nursing et health*, *32*(1), 96-109.

Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. G. Morin.

McCarthy, H.D., Ellis, S.M. et T.J. Cole (2003). Central overweight and obesity in British youth aged 11-16 years: cross sectional surveys of waist circumference. *BMJ*, *326* (7390), 624.

McNair, D. M., Lorr, M., et Droppleman, L. F. (1981). *Profile of mood states* (pp. 1-29). San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

Mendelson MJ, Mendelson BK, Andrews J (2000) Self-esteem, body esteem, and body-mass in late adolescence: is a competence 3 importance model needed? *Journal of Applied Developmental Psychology, 21*, 249-266

Mendelson, B. K., Mendelson, M. J., et White, D. R. (2001). Body-esteem scale for adolescents and adults. *Journal of Personal Assessment*, *76*(1), 90-106.

Mond, J., Van den Berg, P., Boutelle, K., Hannan, P., et Neumark-Sztainer, D. (2011). Obesity, body dissatisfaction, and emotional well-being in early and late adolescence: findings from the project EAT study. *Journal of Adolescent Health*, *48*(4), 373-378.

Musher-Eizenman, D. R., Holub, S. C., Edwards-Leeper, L., Persson, A. V., et Goldstein, S. E. (2003). The narrow range of acceptable body types of preschoolers and their mothers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *24*(2), 259-272.

Myers, A., et Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International journal of obesity*, *23*(3), 221-230.

Noal, R. B., Menezes, A. M. B., Macedo, S. E. C., et Dumith, S. C. (2011). Childhood body mass index and risk of asthma in adolescence: a systematic review. *Obesity reviews*, *12*(2), 93-104.

Nolin, B., et Hamel, D. (2009). *L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous-ou presque*. Institut national de santé publique du Québec.

O'dea, J. A. (2006). Self-concept, Self-esteem and Body Weight in Adolescent Females A Three-year Longitudinal Study. *Journal of Health Psychology*, *11*(4), 599-611.

Oderda, L., et Tounian, P. (2013). Les complications psychologiques de l'obésité infantile. *Archives de pediatrie*, *5* (20), H65-H66.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., Lamb, M. M., et Flegal, K. M. (2010). Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *Jama*, *303* (3), 242-249.

Oppert, J. M., et Rolland-Cachera, M. F. (1998). Prévalence, évolution dans le temps et conséquences économiques de l'obésité. *Médecine/sciences*, *9* (11), 939-943.

Organisation Mondiale de la Santé (1946). Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. In *WHO. int*.

Organisation Mondiale de la Santé (2003). Obésité : prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale.

Organisation Mondiale de la Santé (2005). *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, 34 p.

Rapport-Gratuit.com

Organisation mondiale de la santé (2009). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. Dixième révision (8 éd.). Genève-Suisse.

Organisation mondiale de la santé (2016). *Obésité et surpoids*. Aide-mémoire (*311*).

Olshansky, S. J., Passaro, D. J., Hershow, R. C., Layden, J., Carnes, B. A., Brody, J., ... et Ludwig, D. S. (2005). A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *New England Journal of Medicine*, *352*(11), 1138-1145.

Ozmen, D., Ozmen, E., Ergin, D., Cetinkaya, A., Sen, N., Dundar, P., et Taskin, E. O. (2007). The association of self-esteem, depression and body satisfaction with obesity among Turkish adolescents. *BMC Public Health*, *7*(80), 1-7.

Patrick, K., Norman, G. J., Calfas, K. J., Sallis, J. F., Zabinski, M. F., Rupp, J., et Cella, J. (2004). Diet, physical activity, and sedentary behaviors as risk factors for overweight in adolescence. *Archives of pediatrics et adolescent medicine*, *158* (4), 385-390.

Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., et Eisengerg, M. E. (2006a). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*(4), 539-549

Pelham, B. W., et Swann, W. B. (1989). From self-conceptions to self-worth: on the sources and structure of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, *57*(4), 672.

Poulain, J. P. (2001). Les dimensions sociales de l'obésité. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, *14* (3), 185-186.

Pour, R. (2010). Le guide d'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'OMS à l'intention du professionnel de la santé. *Paediatric Child Health*, *15*(2): 91-98.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., et Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, *130*(3), 435.

Raghuveer, G. (2010). Lifetime cardiovascular risk of childhood obesity. *The American journal of clinical nutrition*, *91*(5), 1514S-1519S.

Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., et Banfield, S. (2000). Body image and body change methods in adolescent boys: Role of parents, friends and the media. *Journal of psychosomatic research*, *49*(3), 189-197.

Roberts, K. C., Shields, M., de Groh, M., Aziz, A., et Gilbert, J. A. (2012). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011. *Rapports sur la santé*, *23* (3), 39.

Rofey, D. L., Kolko, R. P., Iosif, A. M., Silk, J. S., Bost, J. E., Feng, W. et Dahl, R. E. (2009). A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Child psychiatry and Human development*, *40*(4), 517-526.

Sacher PM, ChadwickP, Wells JC et al., (2005). Assessing the acceptability and feasibility of the MEND Programme in a small group of obese 7–11 years old children. *Journal Human Nutrition Dietetics*, *18*(1), 3-5.

Schaefer, C., et Mongeau, L. (2000). L'obésité et la préoccupation excessive à l'égard du poids. *Éléments d'une problématique et réflexions pour l'action.* Collectif action alternative en obésité (CAAO) : Montréal.

Schiltz, L., et Brytek-Matera, A. (2013). Obésité, régulation émotionnelle, estime de soi. Étude comparative et structurale à méthodologie quantitative et qualitative intégrée. *L'évolution psychiatrique*, *78* (4), 625-640.

Schwartz, M. B., et Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body image*, *1*(1), 43-56.

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., et Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Jama*, *289* (14), 1813-1819.

Schwimmer, J. B., Deutsch, R., Kahen, T., Lavine, J. E., Stanley, C., et Behling, C. (2006). Prevalence of fatty liver in children and adolescents. *Pediatrics*, *118* (4), 1388-1393.

Seidah, A., Bouffard, T., et Vezeau, C. (2004). Perceptions de soi à l'adolescence : différences entre filles et garçons. *Enfance*, *56* (4), 405-420.

Secker, D. (2010). Promoting optimal monitoring of child growth in Canada: using the new WHO growth charts. *Canadian Journal of Dietetic Practice and research, 71*(1), e1-e3

Sénécal, A. (2016). Sensibilisation aux problèmes de poids et d'image corporelle chez les jeunes. *Congrès Pour une éducation physique de qualité.*

Shields, M., et Tjepkema, M. (2006). Différences régionales en matière d'obésité. *Rapports sur la santé–Statistique Canada*, *17* (3), 65-71.

Shields, M. (2006). L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents. *Rapports sur la santé*, *17* (3), 82-003.

Sigfúsdóttir, I. D., Kristjánsson, A. L., et Allegrante, J. P. (2007). Health behaviour and academic achievement in Icelandic school children. *Health education research*, *22*(1), 70-80.

Singh, A. S., Mulder, C., Twisk, J. W., Van Mechelen, W., et Chinapaw, M. J. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: a systematic review of the literature. *Obesity reviews*, *9*(5), 474-488.

Spruijt-Metz, D. (2011). Etiology, treatment, and prevention of obesity in childhood and adolescence: A decade in review. *Journal of research on Adolescence*, *21*(1), 129-152.

Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body image*, *1*(1), 15-28.

Smolak, L. E., et Thompson, J. (2009). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment*. American Psychological Association.

Sobal, J. (2004). Sociological analysis of the stigmatisation of obesity. *A Sociology of Food and Nutrition: The Social Appetite.* John Wiley, Melbourne.

Sobal, J., Rauschenbach, B., et Frongillo, E. A. (2003). Marital status changes and body weight changes: a US longitudinal analysis. *Social science et medicine*, *56* (7), 1543-1555.

Strauss, R. S., et Pollack, H. A. (2003). Social marginalization of overweight children. *Archives of pediatrics et adolescent medicine*, *157* (8), 746-752.

Sudres, J. L., Dupuy, M., Ghrib, F., Desjardins, H., Hubert, I., Glattard, M., et Jouret, B. (2013). Adolescents obèses : évaluation de l'image du corps, de l'estime de soi, de l'anxiété et de la dépression. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *61* (1), 17-22.

Statistique Canada (2004). *Nutrition : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-L'embonpoint chez les enfants et les adolescents au*

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Canada. Récupéré le 10 novembre 2015 de http://www.statcan.gc.ca/pub/82-620-m/2005001/pdf/4241445-fra.pdf.

Striegel-Moore, R. H., et Franko, D. L. (2002). Body image issues among girls and women. *Body image : A handbook of theory, research, and clinical practice*, 183-191.

Tarabulsy, G. M. (2008). *Évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables.* Presses de l'Université du Québec.

Taras, H., et Potts-Datema, W. (2005). Obesity and student performance at school. *Journal of School Health*, *75*(8), 291-295.

Tauber, M., Jouret, B., Fouroux, M., et Rochiccioli, P. (1998). Prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent on doit se mobiliser. *Archives de pédiatrie*, *5* (6), 595-598.

Terrisse, B., Larivée, S. J., et Blain, F. (2008). Familles, milieux de pratique et université. Synergie entre théorie et action dans un programme favorisant la réussite des enfants en milieu défavorisé. *Construire une « communauté éducative » : un partenariat famille-écoleassociation*, 51-73.

Thompson, J. K., Roehrig, M., Cafri, G., et Heinberg, L. J. (2005). Assessment of body image disturbance. *Assessment of eating disorders*, 175-202.

Tibere, L., Poulain, J. P., da Costa Proenca, R. P., et Jeannot, S. (2007). Adolescents obèses face à la stigmatisation. *Obésité*, *2* (2), 173-181.

Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body image*, *2* (2), 129-135.

Tounian, P. (2007). Conséquences à l'âge adulte de l'obésité de l'enfant. *Archives de pédiatrie*, *14* (6), 718-720.

Tremblay, V. (2015). *Parcours scolaire et caractéristiques personnelles, familiales et sociales des jeunes filles âgées de 18 ans ou moins fréquentant un centre d'éducation des adultes* (Mémoire de maitrise, Université du Québec à Chicoutimi).

Tyler, C., et Fullerton, G. (2008). The definition and assessment of childhood overweight: A developmental perspective. In *Handbook of childhood and adolescent obesity*. Springer US.

US Department of Health and Human Services. (2000). The practical guide: identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. *Bethesda, MD, National Institutes of Health (NIH publ. no. 004084)*.

Valls, M., Rousseau, A., et Chabrol, H. (2013). Influence des médias, insatisfaction envers le poids et l'apparence et troubles alimentaires selon le genre. *Psychologie Française*, *58* (3), 229-240.

Van den Berg, P. A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., et Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *Journal of Adolescent Health*, *47*(3), 290-296.

Viner, R. M., et Cole, T. J. (2005). Adult socioeconomic, educational, social, and psychological outcomes of childhood obesity: a national birth cohort study. *British Medical Journal*, *330*(7504), 1354-1359.

Vinette, S. (2001). Image corporelle et minceur : à la poursuite d'un idéal élusif. *Reflets : Revue Ontaroise d'intervention sociale et communautaire*, *7* (1), 129-151.

Weiss, R., Dziura, J., Burgert, T. S., Tamborlane, W. V., Taksali, S. E., Yeckel, C. W., et Sherwin, R. S. (2004). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *New England Journal of Medicine*, *350*(23), 2362-2374.

Wing, R. R., et Jeffery, R. W. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of consulting and clinical psychology*, *67*(1), 132-138.

Wiseman, C. V., Sunday, S. R., et Becker, A. E. (2005). Impact of the media on adolescent body image. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *14*(3), 453-471.

Annexe 1
Courbes de croissance

NORMES DE CROISSANCE DE L'OMS POUR LE CANADA

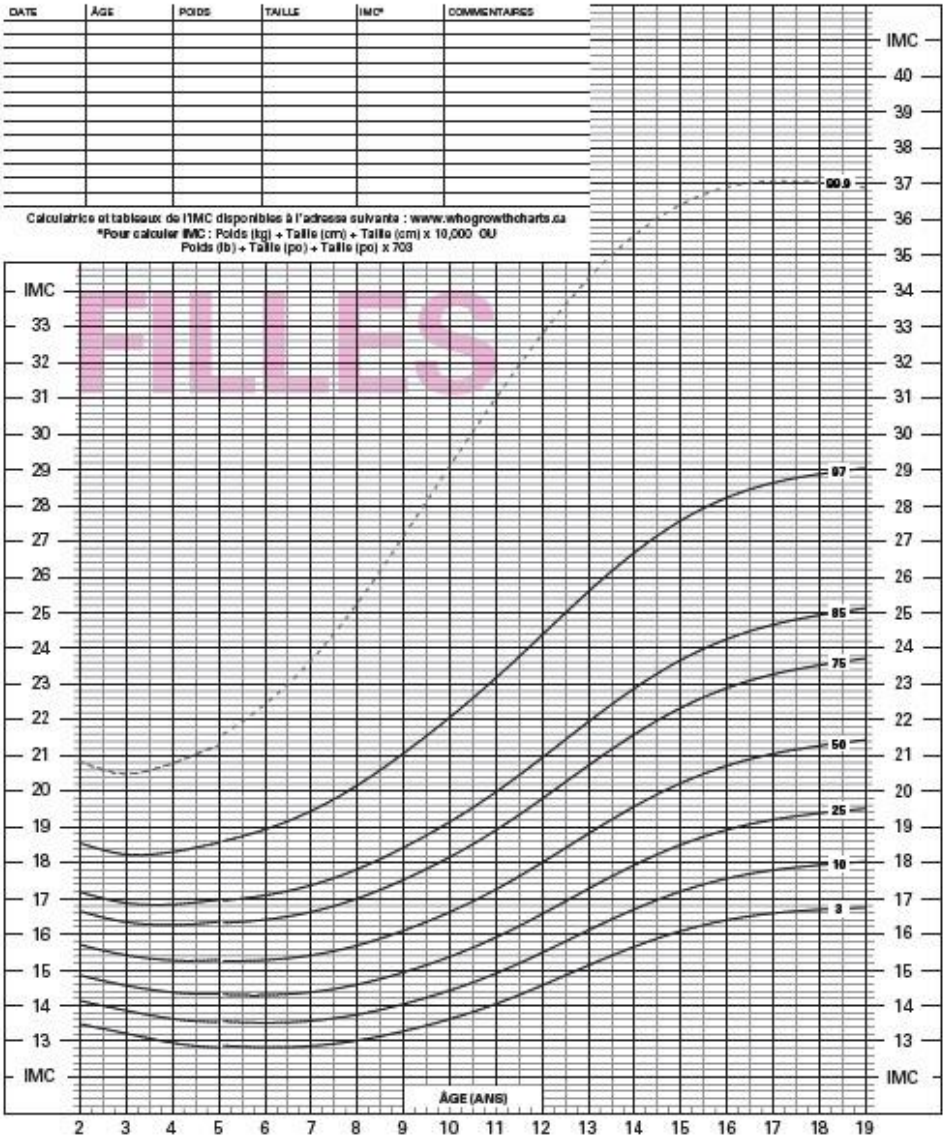
FILLES

2-19 ANS : FILLES
Percentiles : indice de masse corporelle pour l'âge

NOM : _____
DDN : _____ **DOSSIER N°** _____

DATE	ÂGE	POIDS	TAILLE	IMC*	COMMENTAIRES

Calculatrice et tableaux de l'IMC disponibles à l'adresse suivante : www.whogrowthcharts.ca
*Pour calculer IMC : Poids (kg) ÷ Taille (cm) ÷ Taille (cm) x 10,000 OU
Poids (lb) ÷ Taille (po) ÷ Taille (po) x 703



SOURCE : D'après les normes de croissance de l'enfant (2006) et les référence de l'OMS (2007). Il s'agit d'une adaptation pour le Canada par la Société canadienne de pédiatrie, le Groupe canadien d'endocrinologie pédiatrique, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers en santé communautaire et Les diététistes du Canada.

© Dietitians of Canada, 2014. La charte peut être reproduite (c.-à-d. sans changement) à des fins exclusivement non commerciales. www.whogrowthcharts.ca

NORMES DE CROISSANCE DE L'OMS POUR LE CANADA

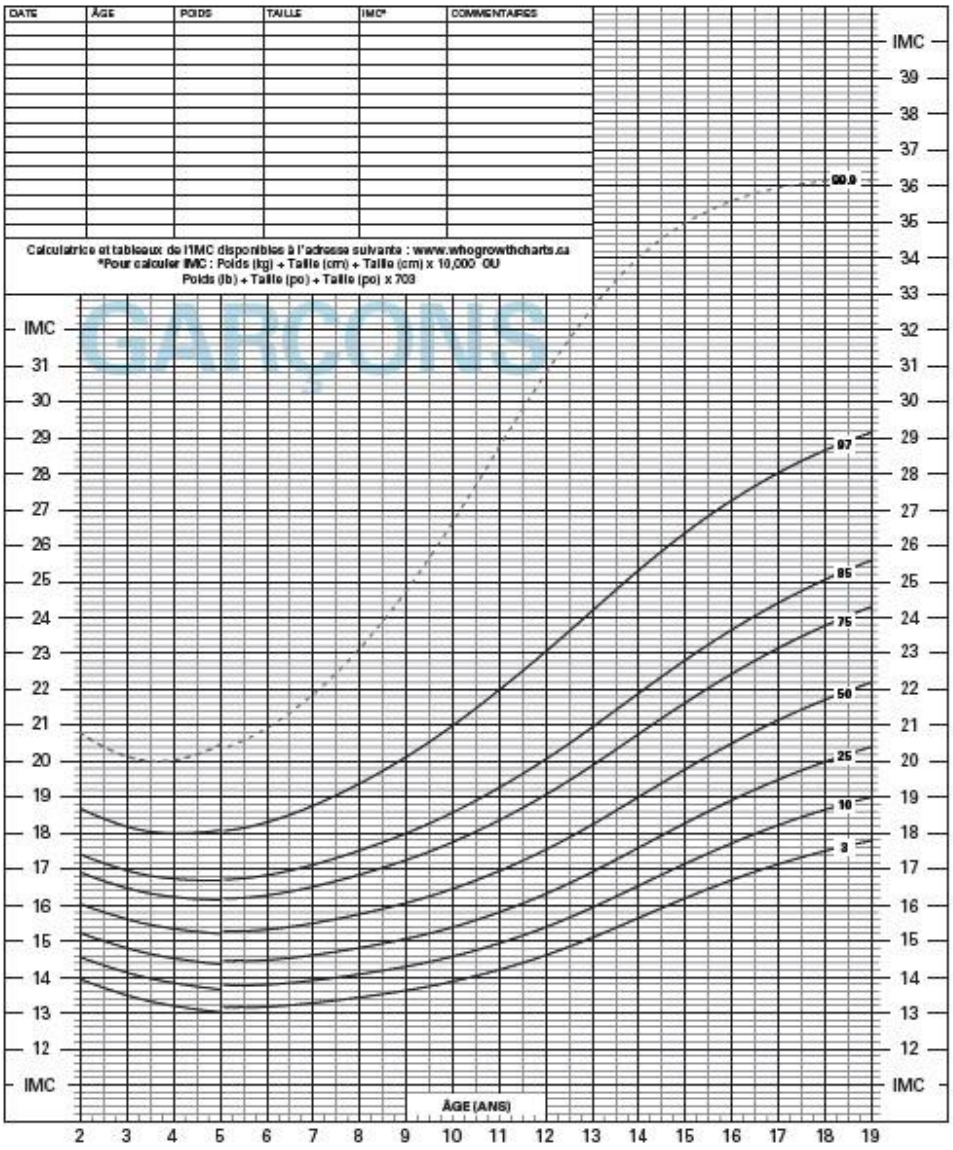
GARÇONS

2-19 ANS : GARÇONS
Percentiles : indice de masse corporelle pour l'âge

NOM : _____
DDN : _____ **DOSSIER Nº** _____

DATE	ÂGE	POIDS	TAILLE	IMC*	COMMENTAIRES

Calculatrice et tableaux de l'IMC disponibles à l'adresse suivante : www.whogrowthcharts.ca
***Pour calculer IMC : Poids (kg) ÷ Taille (cm) ÷ Taille (cm) x 10,000 OU**
Poids (lb) ÷ Taille (po) ÷ Taille (po) x 703



SOURCE : D'après les normes de croissance de l'enfant (2006) et les référence de l'OMS (2007). Il s'agit d'une adaptation pour le Canada par la Société canadienne de pédiatrie, le Groupe canadien d'endocrinologie pédiatrique, le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association canadienne des infirmières et des infirmiers en santé communautaire et Les diététistes du Canada.

© Dietitians of Canada, 2014. La charte peut être reproduite (c.-à-d. sans changement) à des fins exclusivement non commerciales. www.whogrowthcharts.ca

Annexe 2
Consentement éclairé

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

Université du Québec à Chicoutimi

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

TITRE **ÉTUDE DE FAISABILITÉ : IMPACT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE COMBINÉE À UNE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DANS L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DU SURPLUS PONDÉRAL ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADOLESCENT**

CHERCHEURS

Chercheurs principaux	
Patricia Blackburn, Ph.D. candidate	(418) 545-5011 poste 2206
Johanne Harvey, M.D., M.P.H., F.R.C.P.C.	(418) 541-1059

Autres chercheurs
Dominique Desrosiers, M.D.
Claudie Émond, Ph.D.
Mario Leone, Ph.D.
Danielle Maltais, Ph.D.

Le présent formulaire d'information peut contenir certains mots ou expressions que vous ne connaissez pas. Veuillez demander aux personnes responsables de l'étude ou au personnel de l'étude de vous expliquer les termes ou l'information que vous ne comprenez pas. Ne signez le formulaire de consentement que si l'on a répondu de façon satisfaisante à toutes vos questions.

INTRODUCTION

Votre adolescent est invité à prendre part à cette étude qui vise l'évaluation et le traitement du surplus de poids et de l'obésité via une intervention multidisciplinaire (médecin, infirmier, nutritionniste, kinésiologue, psychologue et travailleur social).

Dû à l'augmentation significative de la prévalence du surplus de poids et de l'obésité, l'Organisation mondiale de la santé qualifie cette réalité d'épidémie. Au Québec, près de 25 % des enfants et des adolescents souffre de surplus de poids ou d'obésité. Au-delà des considérations esthétiques souvent associées au surplus de poids corporel, l'intérêt pour le surpoids et l'obésité est en partie justifié par les associations notées entre l'excès de poids corporel et le développement de problèmes de santé majeurs tels que les maladies cardiovasculaires et le diabète de type 2. Au niveau psychologique et social, il a également été

démontré que la dépression et d'autres troubles de l'humeur étaient courants chez les patients souffrant de surpoids ou d'obésité.
Il est clair qu'un excès de poids corporel amène des problèmes de santé chez l'individu et qu'il est particulièrement important de prendre en charge le plus rapidement possible les personnes présentant un problème de surpoids et d'obésité. Pour ce faire, il est recommandé d'avoir recours à une intervention où plusieurs professionnels de la santé sont impliqués. L'intervention doit aussi porter sur les habitudes de vie saines.

Ainsi, il est suggéré de fournir aux patients prêts à entreprendre un programme de perte de poids des interventions combinant de l'éducation sur l'obésité, des thérapies comportementales, une augmentation de l'activité physique ainsi que des conseils nutritionnels.

BUT DE L'ÉTUDE

L'objectif premier de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'un programme d'activité physique combiné à un programme d'évaluation et d'intervention multidisciplinaire (médecin, nutritionniste, infirmier, psychologue et travailleur social) dans l'évaluation et le traitement du surplus de poids et de l'obésité chez l'adolescent. Pour cette étude, 20 adolescents seront recrutés dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean.

DESCRIPTION DES PRINCIPALES PROCÉDURES DE L'ÉTUDE

Évaluation médicale :
La collecte des données concernant les antécédents personnels et familiaux sera effectuée par l'infirmier. Les données de composition corporelle comme le poids, la taille, la circonférence de la taille et les signes vitaux seront obtenues. L'indice de masse corporelle (poids/taille^2) sera aussi calculé. Le médecin évaluera, à l'aide d'un questionnaire, la santé globale du participant et procédera à l'examen physique. L'infirmier effectuera les prises de sang demandées par le médecin.

Évaluation nutritionnelle :
Le nutritionniste évalue l'état et les besoins nutritionnels, recommande les modifications alimentaires nécessaires et propose des traitements à divers problèmes de santé reliés à l'alimentation. Le participant devra remplir un journal alimentaire. Cette méthode consiste à inscrire toutes les boissons et tous les aliments au fur et à mesure qu'ils sont consommés en indiquant les quantités en portions pesées ou mesurées, et ce, pour une période de temps donnée. On recommande de faire ce relevé durant 3 jours consécutifs : 2 jours de semaine et un jour de fin de semaine. Le journal alimentaire permet d'avoir une bonne idée de ce que le participant consomme quotidiennement (glucides, lipides et protéines).

Évaluation sociale :
Cette évaluation comporte plusieurs éléments tels que : la vie affective, la communication, les attitudes éducatives, le partage des activités et la relation de couple. Lors de cette entrevue, le

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

travailleur social évaluera le niveau de collaboration des parents face aux démarches d'amélioration des habitudes alimentaires de la famille ainsi qu'au niveau des changements du mode de vie de leur adolescent.

Évaluation psychologique :
Le participant et ses parents se verront remettre des questionnaires qui permettront d'évaluer plusieurs variables entourant le développement et la dynamique de la personnalité (l'estime de soi, l'anxiété, les troubles émotionnels et comportementaux, l'émotion négative associée à la perte de contrôle dans le rapport avec la nourriture, les états d'humeur, etc.).

Évaluation de la condition physique et des habiletés motrices :
Des données de composition corporelle telles que le poids, la taille, la circonférence de la taille, la circonférence des hanches, la circonférence du biceps, la circonférence de la cuisse, la circonférence du mollet, le diamètre du genou et du coude et l'estimation du pourcentage de gras corporel seront obtenues.

Une fois les mesures anthropométriques prises et enregistrées, le participant se déplacera pour la passation du test aérobie. Le stade où la consommation d'oxygène atteint un plateau et n'augmente plus lorsqu'on augmente l'effort représente la consommation maximale d'oxygène (VO_{2max}). Lorsque le participant atteint sa consommation maximale d'oxygène, il s'épuise rapidement et ne peut continuer. La consommation maximale d'oxygène est considérée comme la meilleure mesure de l'endurance cardiorespiratoire. La mesure de la consommation maximale d'oxygène se fait à l'aide d'un test maximal progressif réalisé sur tapis roulant. Avant le début du test, le kinésiologue donnera des indications sur le protocole. Une fois que le participant aura pris place sur le tapis, sa tension artérielle sera mesurée. Pour mesurer la consommation d'oxygène, le participant devra respirer à travers un masque. Une fois que le participant sera sur le tapis, le kinésiologue lui indiquera le rythme à suivre. Le participant devra respecter le rythme imposé qui augmentera progressivement, et ce, jusqu'à épuisement. À chaque deux minutes, la pente et la vitesse augmenteront selon un rythme prédéterminé, augmentant ainsi le degré de difficulté comme si le participant gravissait une pente de plus en plus raide. Le test se terminera lorsque l'effort sera devenu trop intense pour le participant.

Par la suite, le participant passera les autres tests physiques dans l'ordre suivant : le test d'équilibre sur une jambe, le test de vitesse de réaction sur ordinateur, le test de vitesse des jambes (deux pieds), le test de vitesse des bras et le test de force de préhension des mains. Entre chaque test, le participant disposera de 3 minutes de repos.

Le participant aura aussi à compléter un journal d'activité physique. Cette méthode consiste à inscrire toutes les activités physiques qui sont pratiquées, en indiquant le type d'exercice, l'intensité et la durée. Le journal d'activité physique nous permet d'avoir une bonne idée du niveau d'activité physique du participant. Lorsque le journal est fait consciencieusement, les renseignements sont fiables et relativement exacts.

Programme d'entrainement :
Pour toute la durée du protocole d'intervention (quatre mois), le participant sera soumis à trois séances d'entrainement par semaine. Les séances d'entrainement seront composées de deux parties : une cardiovasculaire et une initiation à différentes activités sportives ou physiques. Le type d'entrainement cardiovasculaire sera variable et sera composé d'exercices tels que la marche, la natation, la bicyclette stationnaire, la danse aérobique, des circuits d'entrainement, etc. Les entrainements seront adaptés à la condition physique du participant. Le participant sera aussi initié à différentes activités sportives ou physiques telles que le volley-ball, le basket-ball, l'Ultimate, le badminton, des parcours d'habiletés, le Pilates, le yoga, la musculation (avec élastiques et poids libres), etc. Les activités sportives ou physiques seront sélectionnées en fonction des goûts et des intérêts des participants.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Cette étude sera d'une durée de treize mois et comporte trois sections : le protocole pré-intervention (1 mois), l'intervention (4 mois) et les suivis post-intervention (un suivi après 4 mois et un autre après 8 mois).

Ce protocole de recherche implique plusieurs déplacements s'échelonnant sur une période de treize mois. Pour réaliser le protocole, le participant devra être disponible sur semaine, se soumettre à certains tests et se déplacer à la Clinique multidisciplinaire de l'adolescence du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi (CSSS) ainsi qu'au Pavillon sportif de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC).

Le tableau suivant présente le calendrier des visites et les procédures.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Déroulement de l'étude

	Pré-intervention				Intervention								Suivis	
	Visite 1	**Visite 2**	**Visite 3**	**Visite 4**	**Sem 1-3**	**Sem 4**	**Sem 5-7**	**Sem 8**	**Sem 9-11**	**Sem 12**	**Sem 13-15**	**Sem 16**	**4 mois**	**8 mois**
Nombre de déplacements requis	**1**	**1**	**1**	**1**	**3**	**4**	**3**	**6**	**3**	**4**	**3**	**6**	**3**	**3**
Durée approximative de chacune des rencontres	**1h**	**2h**	**3h15**	**3h**	**60-90 min**	**45-90 min**	**60-90 min**	**1-2h30**	**60-90 min**	**1-1h45**	**60-90 min**	**1-3h00**	**1-3h**	**1-3h**
Présentation de l'étude	X													
Présentation du formulaire de consentement	X													
Poids, pourcentage de gras, taille et circonférence de la taille		X		X		X		X		X		X	X	X
Signes vitaux		X						X				X	X	X
Questionnaire médical		X						X				X	X	X
Examen physique		X						X				X	X	X
Prise de sang (un peu plus de 2 cuillères à soupe)		X						X				X	X	X
Explication du journal alimentaire	X													
Évaluation par le nutritionniste			X			X		X		X		X	X	X
Évaluation par le travailleur social			X					X				X	X	X
Évaluation par le psychologue			X					X		X		X	X	X
Explication du journal d'activité physique				X										
Évaluation de la condition physique				X				X				X	X	X
Trois entrainements supervisés par semaine					X	X	X	X	X	X	X	X		
Capsule santé					X	X	X	X	X	X	X	X		

PORTÉE ET RETOMBÉES DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Ce projet de recherche permettra de mieux comprendre l'impact du surplus de poids et de l'obésité sur la santé physique et psychologique de même que sur la qualité de vie sociale et familiale de l'adolescent. Cette étude permettra aussi de vérifier l'impact d'un programme d'intervention dans la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS

Cette étude n'est associée qu'à des risques minimes.

Risques psychologiques :
Certains risques psychologiques pourraient survenir. Par exemple, le participant pourrait ressentir de l'anxiété par rapport aux changements de ses habitudes de vie ainsi que par rapport à la gestion de ses émotions qui seraient associées à la non-atteinte des objectifs fixés. Si des malaises psychologiques sont ressentis, le participant pourra être rencontré par le psychologue dans un délai de 24 à 48 heures.

Risques physiques :
Les échantillons de sang seront prélevés sur une veine, habituellement dans le bras, à l'aide d'une aiguille stérile. Lors des prélèvements sanguins, certaines personnes ont des maux de tête, des nausées et des étourdissements causés par le jeûne, des ecchymoses (bleus), une sensation de piqûre et une perte de conscience (ce dernier effet secondaire est toutefois rare et temporaire). La quantité totale de sang qui sera prélevée sur une période de treize mois est de 175 ml (environ 2/3 de tasse). Ceci n'affectera pas la santé.

La mesure de la consommation maximale d'oxygène est un test d'endurance qui demande un effort non négligeable. Pendant et après un effort maximal, certaines personnes peuvent éprouver des étourdissements, des nausées, des maux de tête et même une perte de conscience (ce dernier effet est toutefois rare et temporaire). Régulièrement durant le test, le personnel demandera au participant comment il se sent. S'il ressent une gêne ou une douleur dans les mâchoires, la poitrine, les bras ou une sensation d'oppression, des difficultés respiratoires ou d'autres symptômes il devra en faire part au personnel surveillant son examen. En fonction des symptômes ressentis ou de la fréquence cardiaque, le personnel du laboratoire qui surveille l'examen peut décider d'arrêter le test. Le masque que portera le participant durant la mesure de la consommation maximale d'oxygène n'empêchera nullement le participant de respirer.

Dans la population générale, la pratique de l'activité physique peut être associée à des blessures ou à des malaises. Toutefois, le participant aura reçu l'approbation de son médecin quant à la pratique de l'activité physique et tous les entrainements se feront sous la supervision de professionnels de l'activité physique. Régulièrement durant les entrainements, le personnel demandera au participant comment il se sent. S'il ressent une gêne ou une douleur, il devra en faire part au kinésiologue et celui-ci référera par la suite au médecin.

Risque social :
Le fait d'être identifié comme participant à ce projet pourrait entrainer un risque d'être étiqueté par les autres utilisateurs du Pavillon sportif de l'UQAC par exemple.

Autres risques :
La participation à ce projet demande beaucoup de temps. Il se pourrait que le projet ait un impact négatif sur les résultats scolaires de votre enfant. L'apparition de difficultés scolaires pourrait s'avérer un motif justifiant le retrait de votre enfant à l'étude. Afin de documenter ce phénomène, une lettre sera envoyée à la direction de l'école, et ce, afin de les aviser de la participation de votre enfant à l'étude et de leur demander de vous avertir et d'avertir les responsables de l'étude dans le cas où les résultats scolaires se détérioreraient.

AVANTAGES ASSOCIÉS À LA PARTICIPATION À CETTE ÉTUDE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Le surplus de poids et l'obésité sont associés à des problèmes de santé importants (diabète de type II, maladies cardiovasculaires, hypertension, dépression, etc.). L'objectif premier de cette étude est d'améliorer la santé globale des participants en les aidants à modifier leurs habitudes de vie et à perdre du poids. Le participant connaitra également sa condition médicale et physique et pourra voir l'évolution de celle-ci au cours du programme d'intervention. Il se familiarisera aussi avec de nouvelles activités sportives et nous souhaitons que le programme aide le participant à développer une meilleure image de lui-même ainsi qu'un meilleur équilibre psychologique et social. Le participant aura aussi la chance de rencontrer un nutritionniste qui le conseillera sur ses habitudes alimentaires. La travailleuse sociale apportera également un soutien aux parents dans les efforts à réaliser au niveau de l'environnement familial.

COMPENSATION FINANCIÈRE

Il n'y a aucun montant prévu pour compenser le temps et les inconvénients résultant de la participation à l'étude. Seuls les frais de stationnement au CSSS de Chicoutimi ou à l'UQAC pourront être offerts gracieusement lors des visites pour cette étude.

L'accès au Pavillon sportif de l'UQAC sera toutefois offert gratuitement durant le protocole d'intervention (4 mois) et les participants recevront un podomètre pour la durée de l'étude. Lorsque nécessaire, une collation pourrait être offerte gratuitement aux participants. De plus, après le protocole d'intervention, le participant pourra communiquer gratuitement avec les professionnels de l'étude de manière à recevoir d'autres conseils.

INDEMNISATION

Si le participant devait subir quelque préjudice que ce soit dû à sa participation au projet de recherche, il recevra tous les soins et services requis par son état de santé, sans frais de sa part.

En acceptant de participer à ce projet, il ne renonce à aucun de ses droits ni ne libère les chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

La participation à cette étude doit être tout à fait volontaire. L'adolescent est libre d'y participer ou de ne pas y participer de même que de s'en retirer en tout temps sur simple avis verbal de sa part. Si l'adolescent refuse de participer, sa décision n'affectera en aucune façon les traitements et avantages qu'il recevra ultérieurement au CSSS de Chicoutimi ou à l'UQAC. L'adolescent pourra cesser de participer à cette étude en tout temps sans craindre aucun préjudice. Même si l'adolescent cesse de participer à l'étude, il pourra continuer de participer au Programme vie saine et en santé de la Clinique multidisciplinaire de l'adolescence du CSSS de Chicoutimi.

Les chercheuses principales du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche du CSSS de Chicoutimi ou le promoteur peuvent mettre fin à la participation du sujet, sans son consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que sa participation au projet n'est plus dans son intérêt, s'il ne respecte pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si le participant se retire ou s'il est retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour assurer sa sécurité et aussi celles des autres sujets de recherche et rencontrer les exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter la décision du sujet de continuer d'y participer lui sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

En respect au Code civil et à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, tous les résultats provenant de cette étude qui ne seront pas versés dans le dossier médical et qui pourraient influencer significativement l'état de santé du participant ou sa décision de poursuivre sa participation au projet lui seront communiqués. Par ailleurs, l'adolescent peut communiquer directement avec les responsables de l'étude afin de s'informer des résultats généraux obtenus ou encore pour obtenir ses propres résultats.

CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES ET DIFFUSION DES RÉSULTATS

Durant la participation de l'adolescent à ce projet, les chercheuses responsables ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements le

concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations contenues dans ses dossiers médicaux concernant son état de santé passé et présent, ses habitudes de vie, ainsi que les résultats de tous les tests, examens et procédures qu'il aura à subir durant ce projet. Son dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que son nom, son sexe, sa date de naissance et son origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver son identité et la confidentialité des renseignements, l'adolescent ne sera identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant son nom à son dossier de recherche sera conservée par les chercheuses responsables.

Les chercheuses responsables du projet utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement. Ces données et les échantillons de plasma seront conservés pendant 20 ans par les chercheuses responsables. Les données nominatives recueillies lors de ce projet seront informatisées de manière à former une banque de données.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible d'identifier le participant.

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche de l'adolescent ainsi que ses dossiers médicaux, s'il y a lieu, pourront être consultés par une personne mandatée par le comité d'éthique de la recherche du CSSS de Chicoutimi et par le comité d'éthique de l'UQAC. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec l'adolescent rapidement, les noms et prénoms, les coordonnées et la date de début et de fin de la participation de l'adolescent au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par les chercheuses responsables ou par l'établissement.

L'adolescent a le droit de consulter son dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les chercheuses responsables du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, l'adolescent pourrait n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois sa participation terminée.

RESPONSABLES DE L'ÉTUDE ET PERSONNE-RESSOURCE

En cas d'urgence et pour toute information supplémentaire, communiquez avec une des responsables de l'étude ou avec la coordonnatrice de l'étude.

Patricia Blackburn
Responsable de l'étude
Téléphone : (418) 545-5011 poste 2206

Johanne Harvey
Responsable de l'étude
Téléphone : (418) 541-1059

Lison Houde
Coordonnatrice de l'étude
Téléphone : (418) 545-5011 poste 4481

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services du CSSS de Chicoutimi au numéro suivant : (418) 541-1234 poste 2126.

ÉTHIQUE

Ce protocole a été étudié par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC et par le Comité d'éthique de la recherche du CSSS de Chicoutimi. Si vous avez des questions, vous pouvez rejoindre le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC au (418) 545-5011 poste 5219. Vous pouvez également joindre le Comité d'éthique de la recherche du CSSS de Chicoutimi au (418) 541-1234 poste 2369.

Merci beaucoup de prendre le temps nécessaire pour considérer votre participation à cette étude.

CONSENTEMENT

TITRE : **ÉTUDE DE FAISABILITÉ : IMPACT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE COMBINÉE À UNE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE DANS L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT DU SURPLUS PONDÉRAL ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADOLESCENT**

En ma qualité de représentant légal, j'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Après réflexion, j'accepte que mon enfant ou l'enfant que je représente participe à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

_____
Nom de l'enfant mineur

J'accepte de participer au projet. Je comprends que je peux changer d'idée et mettre fin à ma participation à n'importe quel moment pendant l'étude.

_____
Assentiment de l'enfant capable de comprendre la nature du projet

Nom et signature du représentant légal :

Nom (Caractère d'imprimerie)	Signature	Date
Représentant légal (parent ou tuteur)	Représentant légal (parent ou tuteur)	Date

Signature de la personne qui a obtenu le consentement (si différent du chercheur responsable du projet de recherche) :

J'ai expliqué au représentant légal (parent ou tuteur) les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom (Caractère d'imprimerie)	Signature	Date

Personne ayant obtenu le consentement	Personne ayant obtenu le consentement	Date

Signature et engagement du chercheur responsable du projet :

Je certifie qu'on a expliqué au représentant légal du sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions que le représentant légal avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à la participation du sujet de recherche qu'il représente, et ce, sans préjudice.

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche dans un langage adapté à son discernement le projet de recherche, qu'il a compris et qu'il ne s'est pas opposé. Je m'engage à respecter tout refus.

Je m'engage avec l'équipe de recherche à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au représentant légal.

Nom (Caractère d'imprimerie)	Signature	Date
Chercheur responsable de l'étude	Chercheur responsable de l'étude	Date

Rapport-Gratuit.com

Annexe 3
Évaluation du fonctionnement social

Entrevue semi-dirigée en travail social

Rencontre avec le parent et le jeune

Accueillir les parents, le jeune et se présenter.

1- Expliquer le rôle de la travailleuse sociale dans l'étude.

La travailleuse sociale évalue les besoins psychosociaux de l'adolescent et de sa famille. Elle évalue également les réactions et attentes de la famille face au problème de santé que l'adolescent présente. La travailleuse sociale guide l'adolescent et sa famille dans la recherche de solutions afin de ramener un équilibre dans la dynamique familiale au besoin. Elle encourage et soutient la collaboration et la participation de la famille aux changements des habitudes de vie.

2- Mentionner et expliquer l'aspect de la confidentialité aux parents et au jeune.

- Si le jeune est âgé de 14 ans et plus, il doit donner son consentement par écrit, pour que le travailleur social puisse transmettre des informations aux parents. Par contre, il pourrait être dans le devoir du travailleur social de briser ce droit de confidentialité advenant que la sécurité du jeune soit compromise.
- Toutefois, si le jeune est âgé de moins de 14 ans, le travailleur social est en droit de transmettre des informations aux parents si besoin.
- Par ailleurs, dans le cadre du programme, le travailleur social aura à échanger avec les autres professionnelles de l'équipe certaines informations générales (et non spécifiques) sur le cheminement de la dynamique familiale du jeune au sein du programme.

3- Prendre connaissance de l'intérêt des parents vis-à-vis l'étude.

_____

_____

_____

_____

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

5- Questionnez les parents et le jeune sur les attentes générales et spécifiques en lien avec la travailleuse sociale.

_____
_____
_____
_____

6- Demander s'ils ont des questions et prendre le temps d'y répondre.

7- Invitez le jeune à quitter.

Autres notes :

_____
_____
_____
_____

Rencontre seul avec les parents

Évaluation psychosocial

- Statut civil
- Occupation
- Scolarité
- Structure familiale (rôle-frontières-règles)
- Dynamique relationnelle
- Niveau d'intégration à la société vs isolement
- Réseau social secondaire (organisme publiques et communautaires)
- Activités- loisirs-travail
- Condition socio-économique
- Types d'habitation

Résumé de l'évaluation selon le système C.F.P.E

Facteur 1 : Rôles sociaux du jeune selon le parent

- Problème de fonctionnement social
- Type de problème
- Gravité
- Durée
- Capacité d'adaptation

Facteur 2 : Environnement du jeune selon le parent

- Problèmes environnementaux
- Gravité
- Durée

Facteur 3 : Santé Mentale du jeune selon le parent

- Diagnostics
- Problèmes mentionnés par le parent
- Observations pertinentes

Facteur 4 : Santé physique du jeune selon le parent

- Diagnostics
- Problèmes mentionnés par le parent
- Observations pertinentes

Informations complémentaires

_____
_____
_____
_____
_____

Opinion

_____
_____
_____
_____
_____

Plan d'intervention

Objectif spécifique :

Situation désirée :

Changements visées :

Moyens

Indicateur de l'atteinte des objectifs

Échéancier

Annexe 4
Guide d'entrevue semi-structuré

VISITE 3

1ière Entrevue semi-dirigée en psychologie

Marie-France Brodeur, psychologue, Élaine Pearson, psychologue, et Isabelle Tremblay, doctorante en psychologie (janvier 2009).

Rencontre avec le parent et le jeune

Accueillir les parents, le jeune et se présenter.

1- Expliquer le rôle du psychologue dans l'étude.

* Le rôle du psychologue est d'abord d'accompagner le jeune tout au long du programme. Il vise à amorcer, chez lui, une réflexion personnelle en regard de ses émotions, ses pensées et ses comportements face à son surplus de poids. L'objectif des rencontres psychologiques est donc d'initier un changement chez le jeune afin qu'il puisse arriver à un mieux-être.
* Le psychologue sera également à l'affut de préserver la motivation et l'intérêt du jeune face au programme.

2- Mentionner et expliquer l'aspect de la confidentialité aux parents.

* Si le jeune est âgé de 14 ans et plus, il doit donner son consentement par écrit, pour que le psychologue puisse transmettre des informations aux parents. Par contre, il pourrait être dans le devoir du psychologue de briser ce droit de confidentialité advenant que la sécurité du jeune soit compromise.
* Toutefois, si le jeune est âgé de moins de 14 ans, le psychologue est en droit de transmettre des informations aux parents si besoins.
* Par ailleurs, dans le cadre du programme, le psychologue aura à échanger avec les autres professionnelles de l'équipe certaines informations générales (et non spécifiques) sur le cheminement psychologique du jeune au sein du programme.

3- Prendre le temps de demander à chacun, comment il se sent d'être ici.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

3- « Quels sont tes besoins face au programme? »

4- « Sur une échelle de 0 à 10, comment évalues-tu ta motivation? 0 étant pas du tout et 10 extrêmement motivé. »

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5- « Comment perçois-tu ton corps? »

6- « Comment expliques-tu le fait que tu as un surplus de poids? »

7- « As-tu toujours eu ce problème et si non, quand a-t-il débuté? »

8- «Ton surplus de poids influence-t-il négativement les différentes sphères de ta vie (sociale, affectives, amicales, etc.). Est-ce que cela t'amène des difficultés (moqueries, violence ou autres)? Et si oui, comment leur fais-tu face? »

Autres notes :

4- Prendre connaissance de l'intérêt du parent vis-à-vis l'étude.

5- Questionnez les parents sur leurs attentes générales et spécifiques en lien avec le psychologue.

6- Leurs demander s'ils ont des questions et prendre le temps d'y répondre.

7- Les invitez à quitter.

Autres notes :

Rencontre seul avec le jeune

1- « Comment te sens-tu actuellement? » (excité, nerveux, inquiet, etc.).

2- « Comment perçois-tu ta présence dans ce programme et les raisons pour lesquels tu t'y trouves? »

9- « Qu'est-ce que tu trouves le plus difficile? »

_____

_____

_____

10- « Sur une échelle de 0 à 10, comment évalues-tu ton niveau de souffrance par rapport à ton surplus de poids? 0 étant pas du tout souffrant et 10 extrêmement souffrant. »

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11- Explorer avec le jeune les différentes émotions qui peuvent parfois l'inciter à manger.

« As-tu l'impression d'avoir un problème en lien avec ta façon de manger?

a) Oui, j'ai une problématique b) Je ne sais pas c) Non, je n'ai aucun problème

« Maintenant, nous allons explorer les différentes émotions qui peuvent parfois contribuer à ton envie de manger, ou à l'opposé, celles qui t'empêchent de manger. Y a-t-il des émotions particulières qui te poussent à manger? Raconte-moi. »

_____

_____

_____

Si le jeune est embêté, vous pouvez expliquer :
« Certaines personnes mangent lorsqu'elles sont stressées. Manger devient alors une façon, pour elles, de gérer leurs émotions. Tandis que d'autres arrêteront complètement de manger en état de stress. Certaines personnes mangent lorsqu'elles se sentent seules. La nourriture comble alors un vide intérieur.»

12- En se basant sur le questionnaire « Emotional eating scale sdapted for use in chidren an adolescent (EES-C) », explorer avec le jeune les émotions qui influencent ou non son alimentation. Vous avez ici besoin de l'indice visuelle (carton) où sont inscris les choix de réponses. Mentionner au jeune que certains sentiments lui paraîtront peut-être redondants.

« Je vais te nommer un sentiment, et j'aimerais que tu m'indiques avec ces choix de réponses (montrez le carton), comment ce sentiment t'incite ou pas à manger et combien de fois, par semaine, tu manges parce que tu ressens ce sentiment? »

Rapport-Gratuit.com

	A	B	C	D	E	
Quand tu te sens de cette façon……	Je ne désire pas manger	J'ai un petit désir de manger	J'ai un désire modéré de manger	J'ai un fort désir de manger	J'ai un très fort désir de manger	Combien de fois semaine tu manges parce que tu ressens
Ressentiment						
Découragement						
Peur						
Secret						
Ne rien faire						
Excité						
Désobéissant						
« down »						
Stressé						
Triste						
Gêné						
Irrité						
Jaloux						
Inquiet						
Frustré						
Seul						
Furieux						
Tendu						
Confus						
Nerveux						
Fâché						
Coupable						
Ennuyé						
Délaissé						
Désorganisé						
Joyeux						

13- Approfondir avec le jeune ses façons générales de gérer ses émotions.

Le stress
« As-tu l'impression de bien gérer cette émotion? » Oui Non
« Comment réagis-tu lorsque tu es stressé? »

La colère
« As-tu l'impression de bien gérer cette émotion? » Oui Non
« Comment réagis-tu lorsque tu es en colère? »

La tristesse
« As-tu l'impression de bien gérer cette émotion? » Oui Non
« Comment réagis-tu lorsque tu es triste? »

« Je t'ai demandé ici tes façons de réagir seulement face à trois émotions. Y a-t-il d'autres émotions que tu vis souvent et que je n'ai pas mentionnées? »

14- Demander au jeune de se décrire.
« Parle- moi de toi »

Qualités	Défauts

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

15- « Est-ce que tu considères que tu as une bonne estime de toi? »

Oui Non

Sur une échelle de 0 à 10, comment évalue-t-il son niveau d'estime?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16- Explorer la vie familiale du jeune.

« Peux-tu me décrire ta famille, ta mère, ton père, tes frères et sœurs (selon le cas). »

Mère : _____

_____

Père : _____

_____

Fratrie : _____

_____

_____

_____

« À qui dirais-tu que tu ressembles le plus? »

_____

« Qui est la principale figure d'autorité à la maison ? »

_____

_____

« Ya-t-il des aspects que tu aimerais changer dans ta famille? Si oui, lesquels? »

_____

_____

Autres notes :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

17- Explorer avec le jeune son fonctionnement sur le plan social.

« Comment ça va en générale dans ta vie sociale? Aimes-tu être en gang ou préfères-tu plutôt, être avec un ou deux amis?»

_____

_____

« Te considères-tu comme une personne sociale ou solitaire? »

Sociale Solitaire

« As-tu parfois l'impression que ton surplus de poids à un impact sur ta vie sociale? Si oui, comment? »

_____

_____

« Y a-t-il des aspects de ta vie sociale que tu aimerais changer? Si oui, quoi? »

_____

_____

_____

18- Amener le jeune à parler de ses intérêts.

« Comment passes-tu ton temps? Quels sont tes intérêts? »

_____

_____

19- Demander au jeune d'exprimer trois de ses rêves.

1._____

2._____

3._____

Autres notes :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

20-« Y a-t-il d'autres points que nous n'avons pas abordés et qu'il serait important de

parler? »

21- Pour finir, vérifiez la compréhension du jeune du rôle du psychologue et, prendre connaissance de ses attentes face à la participation du psychologue dans le programme et ses objectifs personnels.

Autres notes :

Annexe 5
Questionnaire histoire du développement

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

QUESTIONNAIRE DE DÉVELOPPEMENT
(Questionnaire de pré-évaluation)

Martine Fortier, psychologue; Martine Gaudreau, psychologue; Élaine Pearson, psychologue.

Version révisée par Marie-France Brodeur, Psychologue et, Isabelle Tremblay, interne au doctorat en psychologie (août 2009)

Ce questionnaire a été construit à partir du questionnaire de développement de Lussier et Flessas (2005).

Note : ce questionnaire est utilisé pour l'ensemble de notre clientèle de 0 à 18 ans. Il est donc possible que certaines questions ne s'appliquent pas à votre enfant.

Nom de la personne qui complète le questionnaire : .....

en date du .....

☐ mère ☐ père ☐ famille d'accueil ☐ Autre .....

ENFANT

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F ☐ M ☐

Date de naissance : ..... /Jour...../Mois ...../Année Âge : .....

Médecin référant au service : .....

Médecin traitant (qui assure le suivi de l'enfant) : .....

Langue parlée à la maison : .....

Langue parlée à l'école ou à la garderie : .....

L'enfant vit avec : .....

Si en garde partagée, précisez l'entente de garde : .....

Si les parents sont séparés, quel genre de contact maintenez-vous avec l'autre parent?

.....

L'enfant a-t-il été adopté? ☐ Oui ☐ Non

À quel âge? .....

Quelle est la culture d'origine de l'enfant? .....

Si oui, que savez-vous de son histoire avant son adoption?

.....

.....

.....

.....

Nom de l'intervenant : _____

L'enfant a-t-il un ou des :

	Nom	Âge	Demeurent avec l'enfant?
☐ sœur (s)			
☐ frère(s)			
☐ demi-sœur(s) maternelle			
☐ demi-sœur(s) paternelle			
☐ demi-frère(s) maternel			
☐ demi-frère(s) paternel			
☐ enfants de conjoint(e) mère			
☐ enfants de conjoint(e) père			
☐ autre(s) enfant(s) vivant avec lui			
☐ autre(s) personne(s) vivant sous le même toit			

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

MÈRE

Nom :.....Prénom : ..... Âge : .....

Scolarité : .....Dernier diplôme complété: .....

Occupation : .....

☐ temps plein ☐ temps partiel ☐ sans emploi

Statut civil : .....

Tél. domicile : .....Travail : .....

Niveau socio-économique : 1) moins de 20 000 $ ☐ ; 2) entre 20 000$ et 39 999 $ ☐ ; 3) entre 40 000$-

59 999$ ☐ ; 4) entre 60 000$ et 79 999$ ☐ ; 5) 80 000$ et plus ☐.

PÈRE

Nom :.....Prénom : ..... Âge : .....

Scolarité : .....Dernier diplôme complété : .....

Occupation :.....

☐ temps plein ☐ temps partiel ☐ sans emploi

Statut civil : .....

Tél. domicile : .....Travail : .....

Niveau socio-économique : 1) moins de 20 000 $ ☐ ; 2) entre 20 000$ et 39 999 $ ☐ ; 3) entre 40 000$-

59 999$ ☐ ; 4) entre 60 000$ et 79 999$ ☐ ; 5) 80 000$ et plus ☐.

CONJOINT(E) si c'est le cas

DU PÈRE :

Nom : .....Prénom : ..... Âge : .....

Occupation : .....

☐ en couple depuis : ..... ☐ vie commune depuis : .....

DE LA MÈRE :

Nom : .....Prénom : ..... Âge : .....

Occupation : .....

☐ en couple depuis : ..... ☐ vie commune depuis : .....

FAMILLE D'ACCUEIL (si c'est le cas)

Nom : .....Prénom : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

No tél. à la maison : .....2e no tél. : .....

Situation problématique actuelle

1. Résumez dans vos mots le problème, la situation, le contexte qui vous amènent à consulter.

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

2. Depuis quand cette problématique est-elle présente (moment d'apparition)?

   .....

3. Pouvez-vous relier son apparition à des événements particuliers? Quelles sont les causes selon vous?

   .....

4. Avez-vous vécu récemment des stresseurs qui auraient pu selon vous contribuer aux difficultés de l'enfant?

   .....

   .....

5. Depuis l'apparition de la problématique, comment la situation évolue-t-elle? (fréquence, intensité, durée, circonstances…)

   .....

   .....

6. Est-ce la première fois que l'enfant présente un problème semblable?

   ☐ oui ☐ non

   précisez……..……..

Rapport-Gratuit.com

7. Quels sont les impacts du problème sur l'enfant et son entourage?

.....

.....

8. Quelles solutions ont été tentées ou quelles ressources ont été utilisées en vue d'améliorer la situation?

.....

.....

9. Quelles solutions ont été les plus efficaces pour aider l'enfant?

.....

.....

10. Y a-t-il des éléments qui entretiennent ou maintiennent le problème selon vous?

.....

.....

11. Quel support recevez-vous présentement par rapport à la problématique de l'enfant (conjoint, ami, famille, CLSC, école, centre jeunesse, organisme communautaire)?

.....

.....

12. La demande de consultation au service de psychologie/neuropsychologie a-t-elle été souhaitée par vous ou par quelqu'un d'autre (médecin, conseil d'un proche, école, etc.)?

.....

13. Qu'est-ce qui a été dit à l'enfant concernant la demande de consultation? Quelle est sa motivation à consulter?

.....

14. Quels sont vos besoins et vos attentes par rapport au service de psychologie/neuropsychologie?

.....

.....

Histoire familiale

1. Y a-t-il dans la famille proche ou éloignée des individus qui présentent ou ont présenté des problèmes (précisez le lien familial avec l'enfant et la nature de la problématique**).** De plus, une définition de quelques thèmes qui se retrouvent en *italique* et en **caractère gras** vous est fournie à la fin du questionnaire afin de vous faciliter la compréhension. Pour informations supplémentaires vous référer à votre médecin de famille.

			Lien(s) familial	**Nature (précisez)**
♦ de développement?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ d'apprentissage?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ retard intellectuel?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ ***des habiletés motrices*?**	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ de la communication? (trouble du langage)?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ de trouble d'attention?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ hyperactivité?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ ***troubles envahissants du développement (autisme, syndrome d'Asperger, autre)*?**	☐ oui	☐ non	.....	
♦ schizophrénie ou psychose?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ dépression?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ trouble anxieux?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ obsessions /compulsions?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ ***trouble bipolaire? (maniaco-dépression)***	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ dépendances? (alcool, drogues, jeux)	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ tentatives de suicide?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ préoccupations alimentaires?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ tics?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ ***Gilles de la Tourette?***	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ délinquance ou troubles de comportements?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ agressivité ou violence?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ maladies génétiques?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ épilepsie?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ migraines?	☐ oui	☐ non	.....	.....
♦ autre(s)	☐ oui	☐ non	.....	.....

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Histoire de la grossesse et de la naissance

1. La mère de l'enfant a-t-elle vécu des problèmes (stresseurs, maladie, autre) lors de la grossesse?

   .....

   .....

2. Cette grossesse a-t-elle été : planifiée : ☐ oui ☐ non

   désirée : ☐ oui ☐ non

3. La grossesse pour cet enfant était la _____ ième

4. Habitudes de vie de la mère :

	Avant la grossesse		Pendant la grossesse	
	Type	**Quantité**	**Type**	**Quantité**
• Alimentation				
• Exercices physiques				
• Médicaments				
• Drogues				
• Alcool				
• Tabac				

5. a) L'enfant est-il né à terme?

   ☐ oui ☐ non , il est né à ……. semaines de grossesse.

   b) Quel est le lieu de naissance de l'enfant? .....

6. L'accouchement a été

   ☐ facile ☐ provoqué ☐ césarienne planifiée

   ☐ difficile ☐ accouchement naturel ☐ césarienne d'urgence

   ☐ complication(s)

   Précisez : .....

   .....

7. À la naissance, le bébé avait comme (voir le carnet de santé de l'enfant) :

   Poids..... Taille..... Tour de tête..... APGAR (sur 10) .....

8. L'enfant a-t-il présenté des signes de détresse fœtale? ☐ oui ☐ non

   Spécifiez : .....

9. Le bébé a-t-il présenté suite à la naissance (cochez ce qui s'applique à l'enfant) :

   ☐ jaunisse ☐ problèmes respiratoires ☐ séjour en incubateur ☐ malformations

   Spécifiez : .....

10. Suite à l'accouchement, l'enfant a-t-il nécessité des soins médicaux particuliers?

    ☐ oui ☐ non

    Spécifiez : .....

    .....

Histoire longitudinale (développement)

1. Les premiers mois suivant la naissance ont été : ☐ faciles ☐ difficiles
   Précisez : .....
2. Quel a été le type d'allaitement? ☐ maternel ☐ lait maternisé ☐ lait de soya
3. Le bébé dormait ☐ peu ☐ normalement ☐ beaucoup
4. Le bébé avait-il une bonne succion? ☐ oui ☐ non
5. Y a-t-il eu des particularités à l'introduction de l'alimentation solide?

   ☐ oui ☐ non Précisez : .....
6. A quel âge a-t-il dit ses premiers mots? ……. Ses premières phrases? ……
7. À quel âge a-t-il rampé (4 pattes)? …… Fait ses premiers pas? ……..…..
8. Quelle main préfère-t-il? ☐ gauche ☐ droite ☐ ambidextre

9. Quelle est la préférence manuelle dans la famille (gauche, droite, ambidextre)?

   Père ……. Mère ……. Frères/sœurs ……

10. À quel âge la propreté a-t-elle été acquise?

    De jour …….ans De nuit ……..ans ☐ Si non acquise, précisez : .....

11. A-t-il eu des difficultés de séparation lors de départs? ☐ oui ☐ non

    Si oui, jusqu'à quel âge? ……

    Précisez : .....

12. Aimait-il se faire prendre ou cajoler? ☐ oui ☐ non

    Précisez : .....

13. Se frappait-il volontairement la tête ☐ oui ☐ non

    Précisez : .....

14. Comparativement aux autres enfants, l'enfant a-t-il présenté ou présente-t-il des difficultés :

	Aucune	**légère**	**modérée**	**sévère**
• Aux habiletés motrices globales (marcher, sauter, escaliers)?	☐	☐	☐	☐
• À apprendre à faire du vélo?	☐	☐	☐	☐
• Aux habiletés motrices fines (boutonner, dessiner, découper)?	☐	☐	☐	☐
• À faire des casse-têtes?	☐	☐	☐	☐
• À la compréhension du langage?	☐	☐	☐	☐
• À l'expression du langage?	☐	☐	☐	☐
• À apprendre les couleurs?	☐	☐	☐	☐
• À apprendre les séquences (mois, jours, saisons)?	☐	☐	☐	☐
• À apprendre les concepts de base (en haut, à côté, au dessus)?	☐	☐	☐	☐
• À rester assis et écouter une histoire ou la télé?	☐	☐	☐	☐
• À demeurer attentif?	☐	☐	☐	☐
• À s'amuser seul?	☐	☐	☐	☐
• À jouer à faire semblant?	☐	☐	☐	☐

- À maintenir le contact visuel lors qu'on s'adresse à lui? ☐ ☐ ☐ ☐
- À respecter les interdits? ☐ ☐ ☐ ☐
- À résoudre les problèmes? ☐ ☐ ☐ ☐
- À s'organiser? ☐ ☐ ☐ ☐
- À rapporter les événements et les faits? ☐ ☐ ☐ ☐
- À apprendre de ses expériences? ☐ ☐ ☐ ☐
- Au plan de l'alimentation? ☐ ☐ ☐ ☐
- Au plan du sommeil? ☐ ☐ ☐ ☐

15. Cochez si l'enfant présente ou a présenté les problèmes spécifiques suivants :

	Dans le passé	**Actuellement**
• Pauvre articulation	☐	☐
• Difficulté à trouver les mots et à s'exprimer	☐	☐
• Mauvaise organisation des phrases	☐	☐
• Parle comme un bébé	☐	☐
• Oublie facilement les instructions	☐	☐
• Perd souvent des objets (ex. mitaines)	☐	☐
• Difficulté à planifier ses tâches	☐	☐
• N'anticipe pas les conséquence de ses actes	☐	☐
• Comprend mal les notions de temps	☐	☐
• Réfléchit lentement	☐	☐
• Fait les choses lentement	☐	☐
• A de la difficulté à compter l'argent	☐	☐

16. Avez-vous des informations à ajouter concernant le développement de l'enfant?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Histoire médicale

1. L'enfant a-t-il eu des problèmes de santé ou un diagnostic médical?

   ☐ oui ☐ non Si oui, spécifiez .....

   .....

2. L'enfant a-t-il déjà eu des convulsions ou des crises d'épilepsie?

   ☐ oui ☐ non Si oui, à quel âge? .....

3. L'enfant a-t-il déjà perdu conscience?

   ☐ oui ☐ non Si oui, dans quelles circonstances?.....

   .....

4. L'enfant a-t-il déjà eu un accident grave?

   ☐ oui ☐ non Si oui, spécifiez .....

5. A-t-il déjà subi un coup à la tête ou une commotion cérébrale?

   ☐ oui ☐ non Si oui, spécifiez .....

   .....

6. A-t-il déjà été hospitalisé?

   ☐ oui ☐ non Si oui, spécifiez (Nombre, durée, raisons) .....

   .....

7. L'enfant a-t-il subi des opérations?

   ☐ oui ☐ non Si oui, spécifiez .....

8. L'enfant a-t-il eu plusieurs infections aux oreilles (otites)? .....

   ☐ oui ☐ non Si oui, à quelle fréquence? .....

   À quel âge?..... .....

   A-t-il eu des tubes? ☐ oui ☐ non

   A-t-il pris des antibiotiques de façon répétée? ☐ oui ☐ non

9. L'enfant se plaint-il de :

   - maux de tête? ☐ oui ☐ non
   - maux de ventre? ☐ oui ☐ non
   - autres .....

10. A-t-il été évalué pour des problèmes de vision? ☐ oui : Résultats _____ ☐ non

11. A-t-il été évalué pour des problèmes d'audition? ☐ oui : Résultats _____ ☐ non

12. Si non évalué, avez-vous des raisons de suspecter qu'il y aurait des problèmes
    - de vision ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas
    - d'audition ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

13. Y-a-t-il d'autres éléments concernant la santé de l'enfant qu'il nous serait pertinent de savoir?

    .....

14. Quels sont les professionnels qui ont évalué l'enfant?

PROFESSIONELS	NOM	ÉTABLISSEMENT	ANNÉE	Cocher si Encore impliqué auprès de l'enfant
♦ un neurologue?				
♦ un ergothérapeute?				
♦ un orthophoniste?				
♦ un physiothérapeute?				
♦ un psychologue?				
♦ un nutritionniste?				
♦ un pédopsychiatre?				
♦ un éducateur?				
♦ un travailleur social?				
♦ un psycho-éducateur?				
♦ Autre?.....				

15. Une évaluation des capacités intellectuelles de l'enfant a-t-elle déjà été réalisée (par un psychologue ou un neuropsychologue)?

    ☐ oui ☐ non Si oui, en quelle année? .....

    Par qui? .....

16. Prend-il des médicaments actuellement?

    ☐ oui ☐ non Si oui :

Nom du médicament	Raison	Dose	Moment(s) de la prise du médicament	Effet(s)	Prise depuis mois/année

Histoire sociale et affective

1. L'enfant a-t-il l'occasion de fréquenter des jeunes de son âge? ☐ oui ☐ non
2. Démontre-t-il de l'intérêt pour les autres enfants? ☐ oui ☐ non
3. Les autres enfants démontrent-ils de l'intérêt pour votre enfant? ☐ oui ☐ non
4. Est-il victime des moqueries ou de harcèlement de la part des autres enfants? ☐ oui ☐ non
5. L'enfant préfère jouer avec des enfants :

   ☐ plus jeunes ☐ plus vieux ☐ du même âge que lui ☐ solitaire
6. L'enfant s'intègre-t-il bien dans un groupe? ☐ oui ☐ non
7. Vous semble-t-il habile socialement? ☐ oui ☐ non
8. Combien a-t-il d'ami(s) proche (s)? .....
9. Est-il facile pour lui de se faire des amis? .....
10. Est-il facile pour lui de conserver ses amis? .....
11. Comment se comporte-t-il avec les autres enfants? .....
12. Fait-il trop facilement confiance aux autres? ☐ oui ☐ non
13. Est-il capable d'accepter les farces à son sujet? ☐ oui ☐ non
14. L'enfant est-il sensible aux sentiments ou aux besoins des autres ☐ oui ☐ non

    Spécifiez : .....
15. Partage-t-il ses peines et plaisir avec les autres? ☐ oui ☐ non
16. Les relations intra-familiales sont : ☐ Harmonieuses ☐ Tendues

    Précisez : .....
17. Comment l'enfant s'entend-il avec sa mère?

    Décrivez : .....
18. Comment l'enfant s'entend-il avec son père?

    Décrivez : .....

Rapport-Gratuit.com

19. Comment l'enfant s'entend-il avec ses frères et sœurs?

Décrivez : .....

.....

.....

20. A-t-il vécu un/des stress important(s) ou majeur(s) tels que :

	ANNÉE		ANNÉE
☐ Immigration :	.....	☐ Changement(s) d'école :	.....
☐ Maladie d'un être cher	.....	☐ problèmes financiers dans la famille	.....
☐ Mort d'un être cher (deuil) :	.....	☐ Séparation des parents :	.....
☐ Agression, violence, abus :	.....	☐ Déménagement(s) :	.....
☐ Négligence :	.....	☐ Traumatisme :	.....
☐ Catastrophe naturelle :	.....	☐ Autre :	.....

Précisez au besoin : .....

21. L'enfant a-t-il déjà habité en famille d'accueil? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez combien de familles et la (les) durée(s) de placement .....

.....

22. Les capacités d'adaptation de l'enfant vous apparaissent :

☐ Bonnes ☐ Moyennes ☐ Mauvaises ☐ Variables

23. Comment l'enfant réagit-il généralement aux stress importants ou aux situations nouvelles?

.....

.....

24. Quel âge donneriez-vous à votre enfant en terme de maturité? .....

Histoire scolaire

1. L'enfant fréquente ou a déjà fréquenté :

	Fréquence	Quel est ou était son fonctionnement?
☐ la garderie	.....	.....
☐ les Centres de jour	.....	.....
☐ les Jardins du Coin	.....	.....
☐ la pré-maternelle	.....	.....

Pour les enfants d'âge scolaire :

1. Comment s'est passé l'entrée à la maternelle?

   .....

   En quelle année scolaire l'enfant est-il actuellement? .....

   Nom de l'école : .....

   Nom de son professeur : .....

2. Quel type de classe fréquente-t-il (régulière, adaptée, etc.)? .....

3. L'enfant a-t-il déjà recommencé une année? ☐ oui ☐ non

   Si oui, laquelle? .....

   Pourquoi? .....

4. Parlez de la relation entre l'enseignant(e) et l'enfant?

   .....

5. Parlez de la relation entre l'enseignant(e) et le(s) parents?

   .....

6. Quelles sont les observations de l'enseignant(e) à propos du fonctionnement et des comportements de l'enfant à l'école?

   .....

7. L'enfant présente-t-il des troubles d'apprentissage?

   ☐ oui ☐ non Pourquoi : .....

   Si oui, en quelle année les difficultés ont-elles commencé?

   .....

   Quelles sont les matières difficiles pour l'enfant? .....

   ..... Résultats : .....

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Quelles sont les matières faciles? ....

..... Résultats : .....

8. Avez-vous des inquiétudes à propos du rendement de l'enfant dans l'un ou l'autre de ces secteurs de la vie quotidienne?

☐ mémoire ☐ apprentissage de nouvelles connaissances ☐ capacité de s'organiser

☐ attention ☐ autonomie ☐ développement social

☐ motricité fine ☐ motricité globale ☐ confiance en soi

☐ Autre : .....

9. L'enfant reçoit-il des services scolaires spécialisés : à l'école? ☐ oui ☐ non

au privé? ☐ oui ☐ non

À quelle fréquence? .....

Dans quel but (français, mathématiques, comportement, etc.)? .....

.....

10. Est-il connu du psychologue scolaire? ☐ oui ☐ non

Nom du psychologue scolaire : .....

11. Le matin, son organisation et la préparation pour aller à l'école est-elle difficile? ☐ oui ☐ non

Précisez : .....

12. Au retour de l'école, est-il :

☐ agité ☐ fatigué ☐ maux de tête ☐ autre : .....

13. L'enfant est-il capable de raconter clairement et de façon cohérente sa journée ou un événement?

☐ oui ☐ non

14. Qui l'aide pour ses devoirs et leçons? .....

15. Combien de temps prend-il pour ses devoirs et leçons? .....

16. Quel est le climat à la maison à cette période?.....

.....

Fonctionnement actuel

1. Quelle est l'attitude de l'enfant face à ses difficultés actuelles?

   .....

   .....

2. A-t-il des peurs, des phobies?

   ☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

3. A-t-il des tics ou gestes difficiles à contrôler?

   ☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

4. A-t-il des habitudes particulières ou des comportements répétitifs?

   ☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

5. A-t-il des obsessions ou fait-il une fixation sur un sujet ou un objet en particulier qui vous semble exagérée?

   ☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

6. L'enfant présente-t-il des propos bizarres ou hors réalité, des comportements bizarres ou de la méfiance inhabituelle?

   ☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

7. Votre enfant semble-t-il vivre davantage dans son imaginaire que dans la réalité?

   ☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

8. Est-il très sensible à certains bruits ou textures?

   ☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

9. Avez-vous observé des changements dans l'humeur de l'enfant dernièrement?

   ☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

10. A-t-il de la difficulté à s'adapter aux changements de routine?

    ☐ oui ☐ non Si oui, précisez : ……

11. À qui l'enfant a-t-il l'habitude de se confier?

12. Présente-t-il des difficultés à maintenir le contact visuel?

☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

13. Réussit-il à bien contrôler ses émotions et ses comportements?

☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

14. Est-il si entêté qu'il est difficile de le faire changer d'idée ?

☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

15. A-t-il des comportements sexuels inappropriés?

☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

16. Peut-il être dangereux pour lui-même ou pour les autres?

☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

17. En moyenne, quel serait selon vous le niveau d'obéissance de votre enfant en pourcentage? .....%

18. L'enfant (cochez les cases qui s'appliquent à sa situation) :

	Type	**Quantité**
☐ a déjà été suspendu de l'école/ garderie	.....	
☐ consomme de l'alcool	.....	
☐ consomme du tabac	.....	
☐ consomme de la drogue	.....	
☐ a déjà été signalé à la protection de la jeunesse (DPJ)		
☐ a eu des démêlés avec la justice		
☐ a déjà agressé une autre personne		
☐ a déjà fait une (des) tentative(s) de suicide		
☐ parle de s'enlever la vie ou indique qu'il veut mourir		

Habitudes de vie

19. La nuit, l'enfant :

☐ dort profondément ☐ se réveille

☐ est agité ☐ refuse de rester dans sa chambre

☐ parle pendant son sommeil ☐ est somnambule

☐ a peur du noir, des monstres ☐ a des terreurs nocturnes

☐ mouille son lit ☐ cesse de respirer (apnée)

☐ fait des cauchemars ☐ souffre d'insomnie

☐ a de la difficulté à s'endormir ☐ ronfle

☐ autre :

20. Lui arrive-t-il de dormir avec vous? ☐ oui ☐ non

Si oui, à quelles occasions?

À quelle fréquence?

21. Habituellement, à quelle heure il :

	Semaine	Fin de semaine
• se couche	.....	
• s'endort	.....	
• se réveille	.....	
• se lève	.....	
• se couche	.....	
• s'endort	.....	
• se réveille	.....	
• se lève	.....	

22. Combien d'heures dort-il par nuit en moyenne? .....

23. L'enfant semble-t-il reposé à son réveil? .....

24. Fait-il des siestes? ☐ oui (durée.....) ☐ non

25. Son appétit est généralement :

☐ sans limite ☐ grand ☐ adéquat ☐ petit

☐ problématique

26. A-t-il présenté une variation de poids au cours des derniers mois?

☐ perdu du poids

☐ gagné du poids Si oui, combien : .....

27. L'heure des repas est-elle problématique?

☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

28. L'hygiène corporelle est-elle problématique?

☐ oui ☐ non Si oui, précisez :

29. Liste des emplois, tâches ménagères et/ou responsabilités de l'enfant :

.....

.....

30. Combien de temps par semaine l'enfant consacre-t-il :

Aux jeux vidéo ..... Aux activités physiques .....

À Internet ..... À la télévision .....

31. Liste des sports, intérêts, loisirs, passe-temps et jeux préférés de l'enfant :

.....

.....

32. Est-il attiré par les sports extrêmes ou les activités risquées? ☐ oui ☐ non

Si oui, lesquelles?

33. L'enfant a-t-il des aptitudes ou talents hors du commun?

☐ oui ☐ non Si oui, lesquels :

34. Décrivez l'enfant en quelques mots :

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Éléments positifs :

.....

.....

.....

.....

.....

Éléments négatifs :

.....

.....

.....

.....

.....

35. À qui l'enfant vous fait-il penser?

.....

Fonctionnement à la maison, avec l'adulte significatif

Veuillez nommer :

1. Des irritants qui reviennent régulièrement ou des situations difficiles

   .....

2. Une activité ou une situation agréable pour vous et l'enfant :

   .....

3. Quelqu'un qui vous fait sentir inadéquat ou incompétent comme parent :

   .....

4. Quelqu'un qui vous donne le sentiment d'être un bon parent pour l'enfant:

   .....

Quelles sont les activités familiales :

.....

.....

5. Quel adulte a le plus d'autorité sur l'enfant? .....

6. Comment réagissez-vous aux comportements inadéquats de l'enfant?

   Décrivez .....

   .....

7. Comment votre entourage réagit-il à la problématique?

   .....

   .....

8. La façon d'éduquer l'enfant est-il un sujet de désaccord entre les parents?

   .....

   .....

   .....

9. Qu'aimeriez-vous ajouter?

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....

Merci de votre collaboration

N.B. : Toutes les réponses à ce questionnaire feront partie du dossier confidentiel de l'enfant. Elles pourront toutefois être utilisées aux fins du rapport d'évaluation transmis au médecin référant. Ce questionnaire et les informations qu'il contient ne peuvent servir pour expertise légale.

Bibliographie

Lussier, F. & Flessas, J. (2005) « Neuropsychologie de l'enfant. Trouble développementaux et de l'apprentissage. » Édition Dunod.

- ***Toute reproduction sans autorisation constitue un acte illégal.***

Glossaire

Habitetés motrice : Les troubles des habiletés motrices peuvent se traduire par différents troubles répertoriés selon le DSM-IV dont celui de l'acquisition de la coordination.

Troubles envahissants du développement : Selon le DSM-IV, les troubles envahissants du développement se traduisent par plusieurs troubles dont l'autisme, un syndrome d'Asperger et un syndrome de Rett .

Autisme : Incapacité à développer des relations avec les autres, retard d'acquisition du langage, utilisation non fonctionnelle du langage, activités de jeux répétitives, besoin d'immuabilité de l'environnement manque d'imagination et bonne mémoire par cœur.

Syndrome d'Asperger : Caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques. Il est aussi présent, un caractère répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités.

Trouble bipolaire (maniaco dépression) : Un trouble bipolaire correspond à un trouble de l'humeur accompagné d'épisode maniaque et dépressif.

Gilles de la Tourette : Désordre du mouvement caractérisé principalement par des tics moteurs et sonores simples et complexes, stéréotypés, d'intensité variable, qui se développent durant l'enfance et qui persistent toute la vie.

Rapport-Gratuit.com

Annexe 6

Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans (LCE)

LISTE DE VÉRIFICATION DU COMPORTEMENT DES JEUNES DE 6 À 18 ANS

Réservé à la règle interne, no. d'identi.

Écrire en lettres moulées.

NOM COMPLET DE L'ENFANT — PRÉNOM — SECOND PRÉNOM — NOM DE FAMILLE

SEXE DE L'ENFANT ☐ Garçon ☐ Fille — ÂGE DE L'ENFANT — GROUPE ETHNIQUE OU RACE DE L'ENFANT

DATE D'AUJOURD'HUI — Jour ____ Mois ____ Année ____

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT — Jour ____ Mois ____ Année ____

NIVEAU SCOLAIRE _____

NE VA PAS À L'ÉCOLE ☐

Veuillez remplir ce formulaire selon ce que vous savez sur le comportement de l'enfant, même si d'autres personnes ne sont pas nécessairement en accord avec vous. Sentez-vous libre d'ajouter des commentaires à côté de chaque question et dans les espaces prévus à cet effet sur la page 2. **Répondez à toutes les questions.**

TYPE D'EMPLOI HABITUEL DES PARENTS, même s'ils ne travaillent pas présentement. (Indiquez précisément – par exemple, mécanicien d'auto, enseignant au secondaire, auxiliaire familial, manœuvre, tourneur, vendeur de chaussures, sergent dans l'armée, etc.)

Type d'emploi du PÈRE: _____

Type d'emploi de la MÈRE: _____

CE FORMULAIRE EST REMPLI PAR: (écrivez votre nom au complet en lettres moulées)

Votre sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Quel lien vous unit à l'enfant?

☐ Parent biologique ☐ Beau-parent ☐ Grand-parent

☐ Parent adopté ☐ Parent de famille d'accueil ☐ Autre (précisez) _____

I. Faites la liste des sports que votre enfant aime le plus pratiquer (par exemple, la natation, le base-ball, le patinage, la planche à roulette, la bicyclette, la pêche, etc.).

☐ Aucun

	Comparativement aux autres personnes de son âge, votre enfant passe combien de temps à pratiquer ces sports?				Comparativement aux autres personnes de son âge, quel est son degré d'habileté dans ces sports?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Faites la liste des passe-temps ou des jeux, autres que des sports, que votre enfant aime le plus (par exemple, les timbres, les poupées, les livres, le piano, les autos, l'art-sonat, le chant, etc.). Ne considérez **pas** le temps passé à écouter la radio ou la télévision.

☐ Aucun

	Comparativement aux autres personnes de son âge, votre enfant passe combien de temps à pratiquer ces activités?				Comparativement aux autres personnes de son âge, quel est son degré d'habileté dans ces activités?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Faites la liste des organisations, clubs, équipes ou groupes dont votre enfant fait partie.

☐ Aucun

	Comparativement aux personnes de son âge, quel est son degré de participation à ces groupes?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a. _____	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐

IV. Faites la liste des emplois occupés et des tâches ménagères faites par votre enfant (par exemple, livraison de journaux, garder les enfants, faire le lit, travailler dans un magasin, etc.). Indiquez les tâches et les emplois rémunérés et non rémunérés.

☐ Aucun

	Comparativement aux autres personnes de son âge, quel est son degré d'habileté dans ces activités?			
	Ne sait pas	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a. _____	☐	☐	☐	☐
b. _____	☐	☐	☐	☐
c. _____	☐	☐	☐	☐

Assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions, puis tournez la page.

Tous droits réservés 2001 T. Achenbach, University of Vermont
REPRODUCTION NON AUTORISÉE INTERDITE PAR LA LOI

Edition 6-1-01

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Répondez à toutes les questions et écrivez en lettres moulées.

V. 1. Combien d'amis ou d'amies intimes a votre enfant? (Ne pas compter les frères et sœurs.) ❑ Aucun ❑ 1 ❑ 2 ou 3 ❑ 4 ou plus

2. Combien de fois par semaine est-ce que votre enfant fait des activités avec des copains ou copines, en dehors des heures de classe? (Ne pas compter les activités avec les frères et sœurs.) ❑ Moins d'une fois ❑ 1 ou 2 ❑ 3 ou plus

VI. Comparativement aux autres personnes de son âge, indiquez si votre enfant...

	Moins que les autres	Dans la moyenne	Mieux que les autres	
a. S'entend avec ses frères et sœurs	❑	❑	❑	❑ Il n'a ni frère ni sœur
b. S'entend avec les autres jeunes	❑	❑	❑	
c. Se comporte correctement avec ses parents	❑	❑	❑	
d. Peut jouer ou travailler seul(e)	❑	❑	❑	

VII. 1. Rendement scolaire, dans chaque matière. ❑ Il ne va pas à l'école parce que _____

Cochez une case pour chaque matière étudiée.

	Sauvée ou échec	Résultats inférieurs à la moyenne	dans la moyenne	supérieurs à la moyenne
a. Lecture, français ou arts du langage	❑	❑	❑	❑
b. Histoire ou études sociales	❑	❑	❑	❑
c. Arithmétique ou mathématiques	❑	❑	❑	❑
d. Science	❑	❑	❑	❑
e. _____	❑	❑	❑	❑
f. _____	❑	❑	❑	❑
g. _____	❑	❑	❑	❑

Autres matières (par exemple, l'informatique, les langues étrangères, les affaires), ne pas indiquer l'éducation physique, le travail d'atelier, les cours de conduire, ni aucun autre sujet para-scolaire

2. Est-ce que votre enfant reçoit un enseignement spécial ou bénéficie de services orthopédagogiques, ou est-ce qu'il (elle) est dans une classe ou une école d'enfants en difficulté? ❑ Non ❑ Oui – précisez la sorte de services, de classe ou d'école:

3. Est-ce que votre enfant a doublé une ou plusieurs années scolaires? ❑ Non ❑ Oui – précisez les années scolaires et les raisons:

4. Est-ce que votre enfant a des problèmes de nature académique ou autre à l'école? ❑ Non ❑ Oui – précisez:

Quand ces problèmes ont-ils débuté?

Ces problèmes ont-ils été réglés? ❑ Non ❑ Oui – quand?

Est-ce que votre enfant souffre d'une maladie ou d'un handicap physique ou mental? ❑ Non ❑ Oui – précisez:

Qu'est-ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre enfant?

Qu'est-ce qui est le plus positif à propos de votre enfant?

ASSURE-VOUS D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS

Répondez à toutes les questions et écrivez en lettres moulées.

Voici une liste de caractéristiques qui s'appliquent à des enfants ou des adolescents. À chaque énoncé qui **s'applique à votre enfant, présentement ou depuis six mois**, encerclez le chiffre **2** si le comportement décrit **s'applique toujours ou souvent** à votre enfant. Encerclez le **1** s'il **applique plus ou moins ou parfois** à votre enfant. S'il **ne s'applique pas** à votre enfant, encerclez le **0**. Veuillez marquer tous les énoncés du mieux que vous le pouvez, même si certains d'entre eux semblent ne pas s'appliquer à votre enfant.

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez) **1 = Plus ou moins ou parfois vrai** **2 = Toujours ou souvent vrai**

0 1 2 1. A un comportement trop jeune pour son âge.

0 1 2 2. Boit des boissons alcoolisées sans la permission de ses parents (précisez): _____

0 1 2 3. Est souvent en désaccord.

0 1 2 4. Ne fini pas ce qu'il ou elle commence.

0 1 2 5. Très peu de choses lui font plaisir.

0 1 2 6. Défèque ailleurs qu'à la toilette.

0 1 2 7. Se vante.

0 1 2 8. A de la difficulté à se concentrer ou à porter attention de façon soutenue.

0 1 2 9. Ne peut s'empêcher de penser à certaines choses; a des obsessions (précisez): _____

0 1 2 10. A de la difficulté à demeurer tranquillement assis(e), est agité(e) ou a un comportement hyperactif.

0 1 2 11. S'accroche trop aux adultes ou dépend trop des autres.

0 1 2 12. Se plaint de souffrir de solitude.

0 1 2 13. Est confus(e) ou semble être perdu(e) dans la brume.

0 1 2 14. Pleure beaucoup.

0 1 2 15. Est cruel(le) envers les animaux.

0 1 2 16. Se comporte cruellement ou méchamment envers les autres, brime ou harcèle les autres.

0 1 2 17. Rêvasse ou est souvent «dans la lune».

0 1 2 18. Tente délibérément de se blesser ou de se tuer.

0 1 2 19. Exige beaucoup d'attention.

0 1 2 20. Détruit les choses qui lui appartiennent.

0 1 2 21. Détruit les choses qui appartiennent à la famille ou aux autres.

0 1 2 22. Désobéit à la maison.

0 1 2 23. Désobéit à l'école.

0 1 2 24. Ne mange pas bien.

0 1 2 25. Ne s'entend pas bien avec les autres jeunes.

0 1 2 26. Ne se sent pas coupable après s'être mal comporté(e).

0 1 2 27. Devient facilement en proie à la jalousie.

0 1 2 28. Ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs.

0 1 2 29. A peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits autres que l'école (précisez): _____

0 1 2 30. A peur d'aller à l'école.

0 1 2 31. A peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles.

0 1 2 32. A l'impression de devoir obligatoirement être parfait(e).

0 1 2 33. A l'impression que personne ne l'aime.

0 1 2 34. A l'impression ou se plaint que les autres «veulent sa peau».

0 1 2 35. Se sent inférieur(e) ou dévalorisé(e).

0 1 2 36. Se blesse souvent, a souvent des accidents.

0 1 2 37. Se bagarre souvent.

0 1 2 38. Se fait souvent embêter ou taquiner de façon excessive.

0 1 2 39. Se fait avec d'autres personnes qui «font des mauvais coups».

0 1 2 40. Entend des sons ou des voix qui n'existent pas (précisez): _____

0 1 2 41. Agit sans réfléchir ou impulsivement.

0 1 2 42. Préfère être seul(e) qu'être avec d'autres personnes.

0 1 2 43. Ment ou triche.

0 1 2 44. Se ronge les ongles.

0 1 2 45. Est une personne nerveuse ou tendue.

0 1 2 46. A des gestes nerveux ou convulsifs, des tics (précisez): _____

0 1 2 47. Fait des cauchemars.

0 1 2 48. Les autres jeunes ne l'aiment pas.

0 1 2 49. Est constipé, ne défèque pas.

0 1 2 50. Est une personne trop craintive ou anxieuse.

0 1 2 51. A des étourdissements.

0 1 2 52. Se sent trop coupable.

0 1 2 53. Mange trop.

0 1 2 54. Souffre d'épuisement sans raison valable.

0 1 2 55. Son poids est trop élevé.

56. A des problèmes de santé sans cause organique reconnue:

0 1 2 a. Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête ou d'estomac).

0 1 2 b. Maux de tête.

0 1 2 c. Nausées.

0 1 2 d. Problèmes oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes) (précisez): _____

0 1 2 e. Éruptions ou autres problèmes cutanés.

0 1 2 f. Maux ou crampes d'estomac.

0 1 2 g. Vomissements.

0 1 2 h. Autre (précisez): _____

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES

Répondez à toutes les questions et écrivez en lettres moulées.

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez) 1 = Plus ou moins ou partois vrai 2 = Toujours ou souvent vrai

0 1 2 57. Agresse physiquement les gens.

0 1 2 58. Se met les doigts dans le nez, s'arrache des morceaux de peau ou se gratte sur d'autres parties du corps (précisez): _____

0 1 2 59. Joue avec ses parties génitales en public.

0 1 2 60. Joue trop avec ses parties génitales.

0 1 2 61. Son travail scolaire est de piètre qualité.

0 1 2 62. A des gestes peu coordonnés ou est maladroit(e).

0 1 2 63. Préfère être avec des jeunes plus âgés.

0 1 2 64. Préfère être avec des jeunes moins âgés.

0 1 2 65. Refuse de parler.

0 1 2 66. Répète certains gestes continuellement; a des compulsions (précisez): _____

0 1 2 67. Fait des fugues.

0 1 2 68. Crie beaucoup.

0 1 2 69. Est une personne cachottière ou renfermée.

0 1 2 70. Voit des choses qui n'existent pas (précisez): _____

0 1 2 71. Est facilement gêné(e) ou embarrassé(e).

0 1 2 72. Allume des feux.

0 1 2 73. A des problèmes sexuels (précisez): _____

0 1 2 74. Essaie d'impressionner les gens ou fait le clown.

0 1 2 75. Est trop timide.

0 1 2 76. Dort moins que les autres jeunes.

0 1 2 77. Dort plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit (précisez): _____

0 1 2 78. Est inattentif ou facilement distrait.

0 1 2 79. Souffre d'un trouble de la parole (précisez): _____

0 1 2 80. A l'œil hagard.

0 1 2 81. Vole à la maison.

0 1 2 82. Vole à d'autres endroits qu'à la maison.

0 1 2 83. Accumule des objets dont il (elle) n'a pas besoin (précisez): _____

0 1 2 84. A un comportement bizarre (précisez): _____

0 1 2 85. A des idées bizarres (précisez) _____

0 1 2 86. Est têtu(e), maussade ou irritable.

0 1 2 87. Change d'humeur soudainement.

0 1 2 88. Boude beaucoup.

0 1 2 89. Est méfiant(e).

0 1 2 90. Sacre ou dit des obscénités.

0 1 2 91. Parle de se suicider.

0 1 2 92. Parle durant le sommeil ou est somnambule (précisez): _____

0 1 2 93. Parle trop.

0 1 2 94. Embête les autres ou les taquine de façon excessive.

0 1 2 95. Fait des crises de colère.

0 1 2 96. Pense trop au sexe.

0 1 2 97. Fait des menaces aux gens.

0 1 2 98. Suce son pouce.

0 1 2 99. Fume, chique ou prise du tabac.

0 1 2 100. Souffre d'insomnie (précisez): _____

0 1 2 101. Fait l'école buissonnière, manque des cours.

0 1 2 102. Est une personne peu active, lente ou manquant d'énergie.

0 1 2 103. Est une personne malheureuse, triste ou déprimée.

0 1 2 104. Est particulièrement bruyant(e).

0 1 2 105. Consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales (ne considérez **pas** l'alcool ou le tabac) (précisez): _____

0 1 2 106. Fait du vandalisme.

0 1 2 107. A des incontinences urinaires pendant le jour.

0 1 2 108. A des incontinences urinaires la nuit.

0 1 2 109. A une voix plaintive.

0 1 2 110. Souhaite être du sexe opposé.

0 1 2 111. Est une personne repliée sur elle-même, ne se mêle pas aux autres.

0 1 2 112. Est une personne inquiète.

0 1 2 113. Veuillez indiquer tout autre problème qu'a votre enfant et qui ne figure pas ci-dessus.

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS

Nelson
1120 Birchmount Road
Toronto ON M1K 5G4 1-800-268-2222

AUTO-ÉVALUATION POUR LES JEUNES DE 11 À 18 ANS

Écrire en lettres moulées.

Réservé à la région interne. No. d'identi.

TON NOM COMPLET — PRÉNOM — SECOND PRÉNOM — NOM DE FAMILLE

TON SEXE ☐ Garçon ☐ Fille

TON ÂGE

TON GROUPE ETHNIQUE OU TA RACE

DATE D'AUJOURD'HUI Jour ___ Mois ___ Année ___

TA DATE DE NAISSANCE Jour ___ Mois ___ Année ___

NIVEAU SCOLAIRE _____

JE NE VAIS PAS À L'ÉCOLE ☐

SI TU TRAVAILLES, INDIQUE QUEL TYPE D'EMPLOI:

TYPE D'EMPLOI HABITUEL DES PARENTS, même s'ils ne travaillent pas présentement. (Soit précis(e) – par exemple, mécanicien d'auto, enseignant au secondaire, auxiliaire familial, manœuvre, tourneur, vendeur de chaussures, sergent dans l'armée, etc.)

Type d'emploi du PÈRE: _____

Type d'emploi de la MÈRE: _____

Remplis ce formulaire selon ce que tu penses, même si d'autres personnes peuvent n'être pas en accord avec toi. Ajoute des commentaires à côté de chaque question, si tu le veux, et dans les espaces prévus à cet effet sur les pages 2 et 4. **Réponds à toutes les questions.**

I. Fais la liste des sports que tu aimes le plus pratiquer (par exemple, la natation, le base-ball, le patinage, la planche à roulette, la bicyclette, la pêche, etc.).

☐ Aucun

a. _____
b. _____
c. _____

Comparativement aux autres personnes de ton âge, combien de temps passes-tu à pratiquer ces sports?

	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

Comparativement aux autres personnes de ton âge, quel est ton degré d'habileté dans ces sports?

	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

II. Fais la liste des passe-temps que tu aimes le plus (par exemple, les cartes, la lecture, le piano, les autos, l'artisanat, etc.). Ne compte **pas** le temps pris pour écouter la radio ou la télévision.

☐ Aucun

a. _____
b. _____
c. _____

Comparativement aux autres personnes de ton âge, combien de temps passes-tu à pratiquer ces activités?

	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

Comparativement aux autres personnes de ton âge, quel est ton degré d'habileté dans ces activités?

	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

III. Fais la liste des organisations, clubs, équipes ou groupes dont tu fais partie.

☐ Aucun

a. _____
b. _____
c. _____

Comparativement aux autres personnes de ton âge, dans quelle mesure participes-tu à ces groupes?

	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

IV. Fais la liste de tes emplois et des tâches ménagères que tu fais (par exemple, livraison de journaux, garder les enfants, faire le lit, travailler dans un magasin, etc.). Indique les tâches et emplois rémunérés et ceux non rémunérés.

☐ Aucun

a. _____
b. _____
c. _____

Comparativement aux autres personnes de ton âge, dans quelle mesure réussis-tu à faire ces activités?

	Moins que la moyenne	Dans la moyenne	Plus que la moyenne
a.	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐

Assure-toi d'avoir répondu à toutes les questions, puis tourne la page.

Tous droits réservés 2002 Tim Achenbach et Vermont, 1 Sir Prepaes St., Burlington, VT 05401.

RÉPRODUCTION NON AUTORISÉE INTERDITE PAR LA LOI

Il est illégal de copier ce document sans permission.

Edition 6-1-01

package 50

ISBN 0-17-[illegible]

Réponds à toutes les questions et écris en lettres moulées.

V. 1. Combien d'amis ou d'amies intimes as-tu? (Ne pas compter les frères et sœurs.) ❑ Aucun(e) ❑ 1 ❑ 2 ou 3 ❑ 4 ou plus

2. Combien de fois par semaine pratiques-tu des activités avec des copains ou des copines en dehors des heures de classe? (Ne pas compter les activités avec les frères et sœurs.) ❑ Moins d'une fois ❑ 1 ou 2 ❑ 3 ou plus

VI. Comparativement aux autres personnes de ton âge, indique comment

	Moins que les autres	Comparable aux autres	Mieux que les autres	
a. ...tu t'entends-tu avec tes frères et sœurs	❑	❑	❑	❑ Je n'ai ni frère ni sœur.
b. ...tu t'entends avec les autres jeunes	❑	❑	❑	
c. ...tu t'entends avec tes parents	❑	❑	❑	
d. ...tu t'occupes quand tu es seul(e)	❑	❑	❑	

VII. Rendement scolaire ❑ Je ne vais pas à l'école parce que _____

Coche une case pour chaque matière que tu étudies.

		J'échoue	Mes résultats sont inférieurs à la moyenne	dans la moyenne	supérieurs à la moyenne
	a. Français ou arts du langage	❑	❑	❑	❑
	b. Histoire ou études sociales	❑	❑	❑	❑
	c. Arithmétique ou mathématiques	❑	❑	❑	❑
	d. Science	❑	❑	❑	❑
Autres matières (par exemple, l'informatique, les langues étrangères, les arts plastiques. Ne pas indiquer l'éducation physique, le travail d'atelier, les cours de conduite, ni aucun autre sujet para-scolaire.	e. _____	❑	❑	❑	❑
	f. _____	❑	❑	❑	❑
	g. _____	❑	❑	❑	❑

As-tu une maladie, une invalidité ou un handicap? ❑ Non ❑ Oui – préciser:

Décris les préoccupations ou les problèmes que tu as concernant l'école:

Décris toute autre préoccupation que tu as:

Qu'est-ce qui est le plus positif concernant ta personne?

ASSURE-TOI D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS.

PAGE 2

Réponds à toutes les questions et écris en lettres moulées.

Ici une liste de caractéristiques qui s'appliquent à des jeunes. À chaque énoncé qui **s'applique à toi, maintenant ou depuis six mois**, encercle le chiffre 2 si le comportement décrit **s'applique toujours ou souvent**. Encercle le chiffre 1 s'il s'applique à toi **plus ou moins ou parfois**. S'il **ne s'applique pas à toi**, encercle le 0.

0 = Ne s'applique pas **1 = Plus ou moins ou parfois** **2 = Toujours ou souvent**

1 2 1. J'ai un comportement trop jeune pour mon âge.

1 2 2. Je bois des boissons alcoolisées sans la permission de mes parents (préciser): _____

1 2 3. Je suis souvent en désaccord.

1 2 4. Je ne finis pas ce que je commence.

1 2 5. Très peu de choses me font plaisir.

1 2 6. J'aime les animaux.

1 2 7. Je me vante.

1 2 8. J'ai de la difficulté à me concentrer ou à porter attention de façon soutenue.

1 2 9. Je ne peux m'empêcher de penser à certaines choses (préciser): _____

1 2 10. J'ai de la difficulté à demeurer tranquillement assis(e).

1 2 11. Je dépends trop des adultes.

1 2 12. Je me sens seul(e).

1 2 13. Je me sens confus(e) ou comme perdu(e) dans la brume.

1 2 14. Je pleure beaucoup.

1 2 15. Je suis honnête.

1 2 16. Je suis méchant(e) envers les autres.

1 2 17. Je rêvasse souvent.

1 2 18. Je tente délibérément de me blesser ou de me tuer.

1 2 19. J'essaie d'avoir beaucoup d'attention.

1 2 20. Je détruis les choses qui m'appartiennent.

1 2 21. Je détruis les choses des autres.

1 2 22. Je désobéis à mes parents.

1 2 23. Je désobéis à l'école.

1 2 24. Je ne mange pas aussi bien que je le devrais.

1 2 25. Je ne m'entends pas bien avec les autres jeunes.

1 2 26. Je ne me sens pas coupable après m'être mal comporté(e).

1 2 27. J'éprouve de la jalousie envers les autres.

1 2 28. Je ne respecte pas les règles établies, que ce soit à la maison, à l'école ou ailleurs.

1 2 29. J'ai peur de certains animaux, de certaines situations ou de certains endroits autres que l'école (préciser): _____

1 2 30. J'ai peur d'aller à l'école.

1 2 31. J'ai peur d'avoir des pensées ou des comportements répréhensibles.

1 2 32. J'ai l'impression que je dois obligatoirement être parfait(e).

1 2 33. J'ai l'impression que personne ne m'aime.

0 1 2 34. J'ai l'impression que les autres «veulent me piéger».

0 1 2 35. Je me sens inférieur(e) ou dévalorisé(e).

0 1 2 36. Je me blesse souvent, j'ai souvent des accidents.

0 1 2 37. Je me bagarre souvent.

0 1 2 38. Les autres m'embêtent souvent ou me taquinent de façon excessive.

0 1 2 39. Je me tiens avec des jeunes qui «font des mauvais coups».

0 1 2 40. J'entends des sons ou des voix que les autres disent ne pas entendre (préciser): _____

0 1 2 41. J'agis sans réfléchir.

0 1 2 42. Je préfère être seul(e) qu'être avec d'autres personnes.

0 1 2 43. Je mens ou je triche.

0 1 2 44. Je me ronge les ongles.

0 1 2 45. Je suis une personne nerveuse ou tendue.

0 1 2 46. J'ai des contractions dans certaines parties du corps ou des réactions nerveuses (préciser): _____

0 1 2 47. J'ai des cauchemars.

0 1 2 48. Les autres jeunes ne m'aiment pas.

0 1 2 49. Je suis plus habile que la plupart des autres jeunes dans certains domaines.

0 1 2 50. J'éprouve trop de peur ou d'anxiété.

0 1 2 51. J'ai des étourdissements.

0 1 2 52. Je me sens trop coupable.

0 1 2 53. Je mange trop.

0 1 2 54. Je souffre d'épuisement sans raison valable.

0 1 2 55. Mon poids est trop élevé.

56. J'ai des problèmes de santé sans cause organique reconnue:

0 1 2 a. Douleurs ou maux (à l'exclusion des maux de tête ou d'estomac).

0 1 2 b. Maux de tête.

0 1 2 c. Nausées.

0 1 2 d. Problèmes oculaires (qui ne sont pas corrigés par des lunettes) (préciser): _____

0 1 2 e. Éruptions ou autres problèmes cutanés.

0 1 2 f. Maux ou crampes d'estomac.

0 1 2 g. Vomissements.

0 1 2 h. Autre (préciser): _____

0 1 2 57. J'agresse physiquement les gens.

PAGE 2 ASSURE-TOI D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS. PUIS TOURNE LA PAGE.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Réponds à toutes les questions et écris en lettres moulées.

0 = Ne s'applique pas (d'après ce que vous savez) 1 = Plus ou moins ou parfois vrai 2 = Toujours ou souvent vrai

0 1 2 58. Je m'arrache des morceaux de peau ou je me gratte sur d'autres parties du corps (préciser): _____

0 1 2 59. Je peux être très amical(e).

0 1 2 60. J'aime essayer de nouvelles choses.

0 1 2 61. Mon travail scolaire est de piètre qualité.

0 1 2 62. J'ai des gestes mal coordonnés ou je suis maladroit(e).

0 1 2 63. J'aime mieux être avec des jeunes plus âgés qu'avec des jeunes de mon âge.

0 1 2 64. J'aime mieux être avec des jeunes moins âgés qu'avec des jeunes de mon âge.

0 1 2 65. Je refuse de parler.

0 1 2 66. Je répète certains gestes continuellement (préciser): _____

0 1 2 67. Je fais des fugues.

0 1 2 68. Je crie beaucoup.

0 1 2 69. Je suis une personne cachottière ou renfermée.

0 1 2 70. Je vois des choses que les autres disent ne pas voir (préciser): _____

0 1 2 71. Je suis facilement gêné(e) ou embarrassé(e).

0 1 2 72. J'allume des feux.

0 1 2 73. Je suis habile avec mes mains.

0 1 2 74. J'essaie d'impressionner les gens ou je fais le clown.

0 1 2 75. Je suis trop timide.

0 1 2 76. Je dors moins que les autres jeunes.

0 1 2 77. Je dors plus que les autres jeunes pendant la journée ou la nuit (préciser): _____

0 1 2 78. Je suis inattentif ou facilement distrait.

0 1 2 79. Je souffre d'un trouble de la parole (préciser): _____

0 1 2 80. Je défends mes droits.

0 1 2 81. Je vole à la maison.

0 1 2 82. Je vole ailleurs qu'à la maison.

0 1 2 83. J'accumule trop d'objets dont je n'ai pas besoin (préciser): _____

0 1 2 84. Je fais des choses que les autres considèrent bizarres (préciser): _____

0 1 2 85. J'ai des pensées que les autres considèrent bizarres (préciser): _____

0 1 2 86. Je suis têtu(e).

0 1 2 87. Je change d'humeur soudainement.

0 1 2 88. J'aime être avec d'autres personnes.

0 1 2 89. Je suis méfiant(e).

0 1 2 90. Je sacre ou je dis des obscénités.

0 1 2 91. Je pense à me suicider.

0 1 2 92. J'aime faire rire les autres.

0 1 2 93. Je parle trop.

0 1 2 94. J'embête souvent les autres ou je les taquine avec persistance.

0 1 2 95. Je suis colérique.

0 1 2 96. Je pense trop au sexe.

0 1 2 97. Je menace les autres de les blesser.

0 1 2 98. J'aime aider les autres.

0 1 2 99. Je fume, chique ou prise du tabac.

0 1 2 100. J'ai de la difficulté à dormir (préciser): _____

0 1 2 101. Je m'absente des cours ou je fais l'école buissonnière.

0 1 2 102. Je manque d'énergie.

0 1 2 103. Je suis une personne malheureuse, triste ou déprimée.

0 1 2 104. Je suis plus bruyant(e) que les autres.

0 1 2 105. Je consomme des drogues ou des médicaments pour des raisons autres que médicales (ne considère **pas** l'alcool ou le tabac) (préciser): _____

0 1 2 106. J'essaie d'être juste avec les autres.

0 1 2 107. J'apprécie une bonne farce.

0 1 2 108. J'aime prendre la vie comme elle vient.

0 1 2 109. J'essaie d'aider les autres quand je le peux.

0 1 2 110. J'aimerais être une personne du sexe opposé.

0 1 2 111. Je ne me mêle pas aux autres.

0 1 2 112. Je me fais beaucoup de souci.

Écris toutes les autres autres choses qui décrivent ce que tu ressens, comment tu te comportes ou quels sont tes intérêts.

ASSURE-TOI D'AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS.

PAGE 4

Annexe 7
Profile of mood states (POMS-F)

Rapport-Gratuit.com

© AFTCC, Paris, 2003

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 2003; 13, 2, 83-88

Méthodologie

VERSION FRANÇAISE DU *PROFILE OF MOOD STATES* (POMS-f)

S. CAYROU, P. DICKÈS, S. DOLBEAULT

Institut Curie, Unité de Psycho-oncologie, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris

RÉSUMÉ :

Depuis une quarantaine d'années, le *Profile Of Mood States (POMS)* s'impose comme un instrument incontournable de la mesure globale des états d'humeur et de leurs fluctuations (anxiété, dépression, confusion, colère, fatigue, vigueur et relations interpersonnelles).

Nous présentons la version française intégrale de cet auto-questionnaire (POMS-f), ses modalités d'application et de cotation, les normes établies sur une population d'étudiants (n = 473) ainsi que les futures lignes de recherche, dans l'optique de poursuivre la validation de cet outil. Le POMS-f peut être utilisé dans le cadre de la pratique clinique ou de la recherche, auprès d'adultes tout-venant, et notamment lors de suivis psychothérapeutiques, médicaux ou sportifs.

Mots-clés : psychométrie, POMS-f, affect.

SUMMARY: French version of the Profile Of Mood States (POMS-f).

S. CAYROU, P. DICKÈS, S. DOLBEAULT (*Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2003 ; *13*, 2, 83-88).

For over 40 years, the Profile of Mood States (POMS) has been the preferred measure of overall mood states and their fluctuations (anxiety, depression, confusion, anger, fatigue, vigor, and interpersonal relationships). The integral French version of this auto-report inventory is presented (POMS-f) along with the means for implementation, scoring, established norms in a student population (n = 473) as well as suggested applications for future research. The POMS-f can be used within clinical or research applications, in all adult populations, having a particular utility for psychotherapy follow-up as well as advantages for use in studies with medical patients or athletes.

Key words: psychometrics, POMS-f, affect.

INTRODUCTION

Le *Profile Of Mood States* (POMS) est paru dans sa version finale en 65 items après 10 ans de recherche effectuée par l'équipe de Mc Nair *et coll.* (1971). Il a initialement été conçu pour mesurer les états d'humeur et plus particulièrement pour cerner les effets des psychothérapies brèves, des psychotropes et des privations de sommeil sur ceux-ci. Le POMS s'est avéré particulièrement sensible aux changements. De 1964 à 1992, 1994 études anglo-saxonnes ont été répertoriées comme utilisant ou citant le POMS (Mc Nair *et al.*, 1994). Ces dernières années, le POMS est devenu un outil quasiment incontournable dans les études portant sur les psychothérapies brèves, les essais médicamenteux,

Correspondance : S. CAYROU, à l'adresse ci-dessus.
Tél. 01-44-32-40-33 et Fax : 01-44-32-40-17
e-mail : sandrine.cayrou@curie.net

Communication présentée aux 27e Journées Scientifiques de TCC (Paris, 3-4 décembre 1999).

TABLEAU I. — Récapitulatif des items composant chaque sous-échelle.

Sous-échelles	*Items*	*Nombre d'items*	*Étendue des scores*
Anxiété-tension (ANX)	2, 10, 16, 20, 22*, 26, 27, 34, 41	9	0-36
Colère-hostilité (COL)	5, 12, 17, 24, 31, 33, 39, 42, 47, 52, 53, 57	12	0-48
Confusion-perplexité (CONF)	8, 28, 37, 50, 54*, 59, 64	7	0-28
Dépression-découragement (DEP)	3, 9, 14, 18, 21, 23, 32, 35, 36, 44, 45, 48, 58, 61, 62	15	0-60
Fatigue-inertie (FAT)	4, 11, 29, 40, 46, 49, 65	7	0-28
Vigueur-activité (VIG)	7, 15, 19, 38, 51, 56, 60, 63	8	0-32
Relations interpersonnelles (REL)	1, 6, 13, 25, 30, 43, 55	7	0-28
Score Global (ScG)	(Anx + Col + Conf + Dep + Fat) - Vig	(50) - 8	-32 - 200

* Items à cotation inversée.

les réponses émotionnelles induites, et plus particulièrement dans les domaines de la psycho-oncologie, des addictions et des sports. Le POMS n'est pas un outil de diagnostic mais il fournit une mesure générale et subjective de différents états émotionnels (anxiété, colère, confusion, dépression, fatigue, vigueur) ainsi qu'un score global. Sur un plan théorique, ce choix méthodologique correspond à l'idée de l'existence d'une affectivité négative générale. A titre d'exemple, cette possibilité d'évaluation globale est très appréciable en psycho-oncologie car les patients réagissent souvent au diagnostic de cancer et aux traitements de façon variée et pas forcément pathologique. L'utilisation des échelles globales a pour avantage de réduire le nombre d'outils dans les protocoles de recherche et lors des évaluations en pratique clinique.

En 1999, nous avons validé la version française du POMS (POMS-f) et publié les résultats des analyses psychométriques (Cayrou *et coll.*, 2000). Nous avons conclu à la validité de la version française en 65 items, qui possède une bonne validité perçue, des indices satisfaisants de validité concourante, de fidélité test-retest, de consistance interne et de validité de structure. Le présent article est consacré à une approche pratique du POMS-f (contenu du questionnaire, administration, cotation, t-scores) et offre de futures lignes de recherche concernant la validation de cet outil.

CONTENU DU POMS-F (*annexe I*)

Le POMS-f est composé de 65 adjectifs, évaluant 7 états d'humeur passagers et fluctuants (*tableau I*) anxiété-tension (ANX) ; colère-hostilité (COL) ; confusion-perplexité (CONF) ; dépression-découragement (DEP) ; fatigue-inertie (FAT) ; vigueur-activité (VIG) ; relations interpersonnelles (REL). La consigne consiste à demander au sujet d'évaluer pour chaque adjectif le chiffre qui correspond le mieux à ce qu'il a ressenti dans la semaine passée, y compris le jour du test. Une échelle en 5 points permet de coter pour chaque adjectif les réponses suivantes : « pas du tout » (0), « un peu » (1), « modérément » (2), « beaucoup » (3), « extrêmement » (4). Concernant la durée à laquelle se réfère l'évaluation, les auteurs américains ont permis la modification de la consigne : « au cours de la semaine », « aujourd'hui », « à présent », « dans les trois dernières minutes ». Seule la durée d'une semaine a fait l'objet d'études en version française, cette durée est considérée suffisamment longue pour évaluer des réactions d'humeur persistantes et suffisamment courte pour cerner des effets de traitements précis.

ADMINISTRATION DU POMS-F

Les populations visées par le POMS-f sont les adultes tout-venant (étudiants, sportifs, catégories socio-professionnelles...) et les personnes nécessitant une aide psychologique ou psychiatrique (en hospitalisation ou en ambulatoire). Le POMS-f est un auto-questionnaire qui peut être proposé individuellement ou en groupe. La durée de passation moyenne est de 5 à 10 minutes. Le responsable de la passation doit s'assurer que le sujet a bien compris la consigne et le fonctionnement de l'échelle. Si besoin, il peut donner la signification d'un ou deux mots, sans faire référence à un autre item du questionnaire (en particulier pour « sidant », « léthargique » ou « apathique »). Il est cependant souhaitable que le sujet ait une connaissance suffisante de la langue française pour pouvoir répondre seul à l'ensemble des items.

COTATION DU POMS-F

Un score est obtenu pour chaque sous-échelle en additionnant les réponses données aux items de cel-

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

le-ci. Les items 22 (« détendu ») et 54 (« efficace »), appartenant respectivement aux échelles d'« anxiété-tension » et de « confusion-perplexité », ont une cotation inversée. Pour ces deux items, il faut donc coter 4 pour 0, 3 pour 1, 2 pour 2, 1 pour 3, 0 pour 4. Un score total de détresse émotionnelle (ScG ou en anglais « *Total Mood Disturbance Score* ») peut être obtenu en additionnant les scores des cinq sous-échelles « anxiété », « colère », « confusion », « dépression », « fatigue » et en soustrayant à ce total le score de l'échelle « vigueur ». L'échelle de relations interpersonnelles n'est pas prise en compte dans le score global. Si plus de deux items manquent dans une sous-échelle, ou si plus de 10 % des items du questionnaire ne sont pas remplis, l'échelle est déclarée non-valide.

TRANSFORMATION DES SCORES BRUTS EN T-SCORES

Transformer les scores bruts en t-scores facilite pour un sujet donné la comparaison des différents scores entre eux, la moyenne de chaque sous-échelle prenant la valeur 50. Mais cette transformation permet surtout la comparaison entre les scores du sujet et ceux de sa population de référence. Il devient possible de savoir si le sujet présente une anxiété moyenne ou largement supérieure à la norme, par exemple s'il se situe à deux écart-types de la moyenne. Nous proposons une feuille de profil pour faciliter la lecture des résultats (*annexe 2*).

Le calcul permettant de transformer les scores bruts en t-scores est le suivant : les scores bruts Xi sont transformés en scores standardisés Sz selon la formule suivante : $Sz = (Xi - m)/s$ (où m est la moyenne et s est l'écart-type). Puis les scores standardisés Sz sont transformés en t-scores selon la formule suivante : t-score = 50 + (Sz x 10).

À l'heure actuelle, nous disposons seulement des données (moyennes et écart-types) sur une population d'étudiants (n = 473) et sur des personnes atteintes de cancer (n = 79) (*tableau II*).

Nous proposons ici les calculs des t-scores pour une population d'étudiants en licence de psychologie (n = 189) et en DEUG STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives) (n = 284) (*annexe 3*). Les distributions des sous-échelles n'ont pas été normalisées avant le calcul des scores standardisés.

FUTURES LIGNES DE RECHERCHES

Le POMS-f possède suffisamment de validité pour être utilisé comme tel. Cependant, les analyses structurales effectuées sur les items du POMS-f n'ont pas permis de confirmer la structure théorique du modèle américain. D'autres études seraient donc nécessaires pour assurer la réplication des résultats trouvés. Ensuite, il reste à tester la sensibilité aux changements (étude en cours sur des patients atteints de cancer soumis à une intervention de type psycho-éducationnel), à vérifier la structure théorique du modèle français dans les cas où la durée spécifiée dans la consigne est modifiée, à valider une version courte et à établir des normes sur des populations variées.

TABLEAU II. — Moyennes et écart-types des sous-échelles du POMS-f.

	Étudiants Psycho & STAPS		*Personnes atteintes de cancer*	
	Moyenne	*Écart-type*	*Moyenne*	*Écart-type*
ANX	12.73	7.24	11.25	7.90
COL	12.66	8.23	10.75	7.76
CONF	8.81	4.88	7.05	4.90
DEP	10.38	9.16	7.81	8.36
FAT	9.88	6.27	8.13	6.56
VIG	15.42	5.76	15.56	6.85
REL	15.95	4.70	18.84	4.74
ScG	39.04	30.71	29.43	35.26

CONCLUSION

Le POMS est devenu un outil incontournable dans la recherche en psychologie et nous disposons maintenant d'une version française valide même s'il faut envisager d'autres études en contexte français permettant d'affiner la structure théorique du POMS-f et de développer des normes sur des populations variées. Les auteurs tiennent tous les résultats à disposition des personnes intéressées à poursuivre les travaux de validation du POMS-f.

RÉFÉRENCES

CAYROU S, DICKÈS P, GAUVAIN-PIQUARD A, DOLBEAULT S, CALLAHAN S, ROGÉ, B. Validation de la traduction française du « Profile Of Mood States (*POMS*) ». *Psychologie et Psychométrie* 2000 ; *21* : 5-22.

MC NAIR DM, LORR M, DROPPLEMAN LP. *EdITS Manual for the Profile Of Mood States*. San Diego, CA : Educational and Industrial Testing Service, 1971-1981-1992.

MC NAIR DM, SHILONY E. *Research with the Profile Of Mood States (POMS) 1964-1992 : a comprehensive bibliography*. EdITS, San Diego, CA : Educational and Industrial Testing Service, 1994.

Annexe 1

POMS-F	NOM	Prénom
	Date de naissance	Sexe F ☐ M ☐
	Autre	Date de passation

La liste de mots suivante décrit des sentiments ou des états que les gens éprouvent. Lisez attentivement chaque mot et entourez le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous avez éprouvé au cours de la semaine écoulée, aujourd'hui y compris. Les chiffres correspondent à l'échelle suivante :

0 = Pas du tout 1 = Un peu 2 = Modérément 3 = Beaucoup 4 = Extrêmement

Merci de répondre pour tous les mots.

1- Anxieux	0	1	2	3	4
2- Tendu	0	1	2	3	4
3- En colère	0	1	2	3	4
4- Lassé	0	1	2	3	4
5- Malheureux	0	1	2	3	4
6- Les idées claires	0	1	2	3	4
7- Plein de vie	0	1	2	3	4
8- Confus	0	1	2	3	4
9- Plein de regrets	0	1	2	3	4
10- Manque de confiance	0	1	2	3	4
11- Apathique	0	1	2	3	4
12- Irrité	0	1	2	3	4
13- Attentionné vis à vis d'autrui	0	1	2	3	4
14- Triste	0	1	2	3	4
15- Actif	0	1	2	3	4
16- Réservé	0	1	2	3	4
17- Grognon	0	1	2	3	4
18- Calfeutré	0	1	2	3	4
19- Énergique	0	1	2	3	4
20- Paniqué	0	1	2	3	4
21- Sans espoir	0	1	2	3	4
22- Détendu	0	1	2	3	4
23- Indigné	0	1	2	3	4
24- Rancunier	0	1	2	3	4
25- Compréhensif	0	1	2	3	4
26- Mal à l'aise	0	1	2	3	4
27- Agité	0	1	2	3	4
28- Incapable de concentration	0	1	2	3	4
29- Fatigué	0	1	2	3	4
30- Autoritaire	0	1	2	3	4
31- Contrarié	0	1	2	3	4
32- Découragé	0	1	2	3	4

33- Plein de ressentiment	0	1	2	3	4
34- Nerveux	0	1	2	3	4
35- Seul	0	1	2	3	4
36- Minable	0	1	2	3	4
37- La pensée embrouillée	0	1	2	3	4
38- Joyeux	0	1	2	3	4
39- Actif	0	1	2	3	4
40- Épuisé	0	1	2	3	4
41- Anxieux	0	1	2	3	4
42- Combatif	0	1	2	3	4
43- Aimable	0	1	2	3	4
44- Lugubre	0	1	2	3	4
45- Désespéré	0	1	2	3	4
46- Léthargique	0	1	2	3	4
47- Révolté	0	1	2	3	4
48- Impuissant	0	1	2	3	4
49- Lent	0	1	2	3	4
50- Perplexe	0	1	2	3	4
51- Alerte	0	1	2	3	4
52- Trompé	0	1	2	3	4
53- Furieux	0	1	2	3	4
54- Efficace	0	1	2	3	4
55- Confiant	0	1	2	3	4
56- Plein d'énergie	0	1	2	3	4
57- De mauvaise humeur	0	1	2	3	4
58- Sans valeur	0	1	2	3	4
59- Négligent	0	1	2	3	4
60- Insouciant	0	1	2	3	4
61- Terrifié	0	1	2	3	4
62- Coupable	0	1	2	3	4
63- Vigoureux	0	1	2	3	4
64- Hésitant	0	1	2	3	4
65- Entêté	0	1	2	3	4

Annexe 2

POMS-F Profil	NOM	Prénom
	Date de naissance	Sexe F ☐ M ☐
	Autre	Date de passation

100								
90								
80								
70								
60								
50								
40								
30								
20								
10								
0								
T-score Score Brut	ANX	COL	CONF	DEP	FAT	VIG	REL	SCG
	Anxiété	Colère	Confusion	Dépression	Fatigue	Vigueur	Relations interpersonnelles	Score global

Observations

Annexe 8

Analyse de l'estime de soi sans l'aspect culturel-2 (CFSEI-2)

ANALYSE DE L'ESTIME DE SOI SANS L'ASPECT CULTUREL - 2

Version anglaise : James Battle
Version française : Jean-Marc Chevrier

FORMULE A

Nom _____ Âge _____ Date de naissance _____

École _____ Date _____

Examinateur(trice) _____ Total ____ G ____ S ____ A ____ P ____ L ____

Directives

Indique ta réponse à chaque énoncé de la façon suivante. Si l'énoncé décrit comment tu te sens habituellement, noircis le carré dans la colonne du «oui». Si l'énoncé ne décrit pas comment tu te sens habituellement, noircis le carré situé dans la colonne du «non». Indique seulement une réponse, soit dans la colonne du «oui», soit dans la colonne du «non». Ceci *n'est pas* un examen, et il n'y a pas de «bonnes» ou de «mauvaises» réponses.

INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES, INC.
34, rue Fleury Ouest, Montréal (QC) H3L 1S9

Une version finale suite à une étude critique de quatre traductions différentes :
Jean-Marc Chevrier, Malko von Osten, Michelle Pharand et Lucile Jacques.

Copyright © 1991, © 1981 by Pro-Ed, Inc. pour la version anglaise.
Copyright © 1994 par l'Institut de Recherches psychologiques, inc. pour la version française. Tous droits réservés.

ISBN : 2-89109-164-2

Imprimé au Canada

Dépôt légal : 2e trimestre 1994
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

		Oui	Non
1.	Je passe beaucoup de temps à rêver	☐	☐
2.	Les garçons et les filles aiment jouer avec moi	☐	☐
3.	J'aime être seul/e la plupart du temps	☐	☐
4.	Je suis satisfaite de mon travail scolaire	☐	☐
5.	J'ai beaucoup de plaisir avec ma mère	☐	☐
6.	Mes parents ne se fâchent jamais contre moi	☐	☐
7.	J'aimerais être plus jeune	☐	☐
8.	Je n'ai que quelques amis	☐	☐
9.	J'abandonne habituellement quand mon travail scolaire est trop difficile	☐	☐
10.	J'ai beaucoup de plaisir avec mon père	☐	☐
11.	Je suis heureux/heureuse la plupart du temps	☐	☐
12.	Je ne suis jamais timide	☐	☐
13.	J'ai très peu confiance en moi	☐	☐
14.	La plupart des garçons et des filles sont plus habiles que moi dans les sports et les jeux	☐	☐
15.	Je suis content/e d'être un garçon/une fille	☐	☐
16.	À l'école, je réussis aussi bien que je le veux	☐	☐
17.	J'ai beaucoup de plaisir avec mes parents	☐	☐
18.	Habituellement, je ne réussis pas quand j'essaie de faire des choses importantes	☐	☐
19.	Je n'ai jamais rien pris qui ne m'appartenait pas	☐	☐
20.	J'ai souvent honte de moi	☐	☐
21.	C'est moi que les garçons et les filles choisissent habituellement comme chef	☐	☐
22.	J'ai l'habitude de me débrouiller seul/e	☐	☐
23.	Je ne réussis pas à l'école	☐	☐
24.	J'ai du mal à prendre des décisions et à les maintenir	☐	☐
25.	Mes parents me font sentir que je ne suis pas assez bon/ne	☐	☐
26.	Je ne me fâche jamais	☐	☐
27.	J'ai souvent l'impression d'être bon/ne à rien	☐	☐
28.	J'ai beaucoup d'amis de mon âge	☐	☐
29.	La plupart des filles et des garçons sont plus intelligents que moi	☐	☐
30.	La plupart des filles et des garçons sont meilleurs que moi	☐	☐
31.	Mes parents ne m'aiment pas parce que je ne suis pas assez bon/ne	☐	☐
32.	J'aime tous les gens que je connais	☐	☐
33.	Les enfants me taquinent très souvent	☐	☐
34.	J'aime jouer avec des enfants plus jeunes que moi	☐	☐
35.	J'aime bien quand le/la professeur/e fait appel à moi pour répondre aux questions	☐	☐
36.	Si je le pouvais, je changerais beaucoup de choses à mon sujet	☐	☐
37.	Il m'arrive souvent de penser à m'enfuir de la maison	☐	☐
38.	Je suis aussi heureux/heureuse que la plupart des garçons et des filles	☐	☐
39.	Je peux faire les choses aussi bien que les autres garçons et filles	☐	☐
40.	J'ai souvent envie d'abandonner l'école	☐	☐
41.	Je suis souvent inquiet/inquiète	☐	☐
42.	Mes parents comprennent ce que je ressens	☐	☐
43.	Habituellement, quand j'ai quelque chose à dire, je le dis	☐	☐
44.	Je ne m'inquiète jamais de rien	☐	☐
45.	Je parais aussi bien que la plupart des garçons et des filles	☐	☐
46.	Les autres enfants sont méchants envers moi	☐	☐
47.	Je me connais très bien	☐	☐
48.	Je fais mes travaux scolaires de mon mieux	☐	☐
49.	On peut compter sur moi pour tenir mes promesses	☐	☐
50.	Mes parents pensent que je suis un/e raté/e	☐	☐
51.	Je dis toujours la vérité	☐	☐
52.	J'ai besoin de plus d'amis	☐	☐
53.	Je suis toujours quoi dire aux gens	☐	☐
54.	Mon/ma professeur/e pense que je ne suis pas assez bon/ne	☐	☐
55.	Mes parents m'aiment	☐	☐
56.	Je ne fais jamais rien de mal	☐	☐
57.	La plupart des garçons et des filles sont plus forts que moi	☐	☐
58.	Je suis fier/e de mon travail scolaire	☐	☐
59.	Je suis souvent contrarié/e, bouleversé/e à la maison	☐	☐
60.	Je ne suis jamais malheureux/malheureuse	☐	☐

		Oui	Non
1.	Je passe beaucoup de temps à rêver.	☐	☐
2.	Les garçons et les filles aiment jouer avec moi.	☐	☐
3.	J'aime être seul/e la plupart du temps.	☐	☐
4.	Je suis satisfait/e de mon travail scolaire.	☐	☐
5.	J'ai beaucoup de plaisir avec ma mère.	☐	☐
6.	Mes parents ne se fâchent jamais contre moi.	☐	☐
7.	J'aimerais être plus jeune.	☐	☐
8.	Je n'ai que quelques amis.	☐	☐
9.	J'abandonne habituellement quand mon travail scolaire est trop difficile.	☐	☐
10.	J'ai beaucoup de plaisir avec mon père.	☐	☐
11.	Je suis heureux/heureuse la plupart du temps.	☐	☐
12.	Je ne suis jamais fiéside.	☐	☐
13.	J'ai très peu confiance en moi.	☐	☐
14.	La plupart des garçons et des filles sont plus habiles que moi dans les sports et les jeux.	☐	☐
15.	Je suis content/e d'être un garçon/une fille.	☐	☐
16.	À l'école, je réussis aussi bien que je le veux.	☐	☐
17.	J'ai beaucoup de plaisir avec mes parents.	☐	☐
18.	Habituellement, je ne réussis pas quand j'essaie de faire des choses importantes.	☐	☐
19.	Je n'ai jamais rien pris qui ne m'appartenait pas.	☐	☐
20.	J'ai souvent honte de moi.	☐	☐
21.	C'est moi que les garçons et les filles choisissent habituellement comme chef.	☐	☐
22.	J'ai l'habitude de me débrouiller seul/e.	☐	☐
23.	Je ne réussis pas à l'école.	☐	☐
24.	J'ai du mal à prendre des décisions et à les maintenir.	☐	☐
25.	Mes parents me font sentir que je ne suis pas assez bon/ne.	☐	☐
26.	Je ne me fâche jamais.	☐	☐
27.	J'ai souvent l'impression d'être bon/ne à rien.	☐	☐
28.	J'ai beaucoup d'amis de mon âge.	☐	☐
29.	La plupart des filles et des garçons sont plus intelligents que moi.	☐	☐
30.	La plupart des filles et des garçons sont meilleurs que moi.	☐	☐
31.	Mes parents ne m'aiment pas parce que je ne suis pas assez bon/ne.	☐	☐
32.	J'aime tous les gens que je connais.	☐	☐
33.	Les enfants me taquinent très souvent.	☐	☐
34.	J'aime jouer avec des enfants plus jeunes que moi.	☐	☐
35.	J'aime bien quand le/la professeur/e fait appel à moi pour répondre aux questions.	☐	☐
36.	Si je le pouvais, je changerais beaucoup de choses à mon sujet.	☐	☐
37.	Il m'arrive souvent de penser à m'enfuir de la maison.	☐	☐
38.	Je suis aussi heureux/heureuse que la plupart des garçons et des filles.	☐	☐
39.	Je peux faire les choses aussi bien que les autres garçons et filles.	☐	☐
40.	J'ai souvent envie d'abandonner l'école.	☐	☐
41.	Je suis souvent inquiet/inquiète.	☐	☐
42.	Mes parents comprennent ce que je ressens.	☐	☐
43.	Habituellement, quand j'ai quelque chose à dire, je le dis.	☐	☐
44.	Je ne m'inquiète jamais de rien.	☐	☐
45.	Je parais aussi bien que la plupart des garçons et des filles.	☐	☐
46.	Les autres enfants sont méchants envers moi.	☐	☐
47.	Je me connais très bien.	☐	☐
48.	Je fais mes travaux scolaires de mon mieux.	☐	☐
49.	On peut compter sur moi pour tenir mes promesses.	☐	☐
50.	Mes parents pensent que je suis un/e raté/e.	☐	☐
51.	Je dis toujours la vérité.	☐	☐
52.	J'ai besoin de plus d'amis.	☐	☐
53.	Je sais toujours quoi dire aux gens.	☐	☐
54.	Mon/ma professeur/e pense que je ne suis pas assez bon/ne.	☐	☐
55.	Mes parents m'aiment.	☐	☐
56.	Je ne fais jamais rien de mal.	☐	☐
57.	La plupart des garçons et des filles sont plus forts que moi.	☐	☐
58.	Je suis fier/e de mon travail scolaire.	☐	☐
59.	Je suis souvent contrarié/e, bouleversé/e à la maison.	☐	☐
60.	Je ne suis jamais malheureux/malheureuse.	☐	☐

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

ANALYSE DE L'ESTIME DE SOI SANS L'ASPECT CULTUREL - 2

Version anglaise : James Battle
Version française : Jean-Marc Chevrier

FORMULE B

Nom _____ Âge _____ Date de naissance _____

École _____ Date _____

Examinateur(trice) _____ Total ____ G ____ S ____ A ____ P ____ L ____

Directives

Indique ta réponse à chaque énoncé de la façon suivante. Si l'énoncé décrit comment tu te sens habituellement, noircis le carré dans la colonne du «oui». Si l'énoncé ne décrit pas comment tu te sens habituellement, noircis le carré situé dans la colonne du «non». Indique seulement une réponse, soit dans la colonne du «oui», soit dans la colonne du «non». Ceci *n'est pas* un examen, et il n'y a pas de «bonnes» ou de «mauvaises» réponses.

INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES, INC.
34, rue Fleury Ouest, Montréal (QC) H3L 1S9

Une version finale suite à une étude critique de quatre traductions différentes :
Jean-Marc Chevrier, Malko von Osten, Michelle Pharand et Lucile Jacques.

Copyright © 1991, © 1981 by Pro-Ed, Inc. pour la version anglaise
Copyright © 1994 par l'Institut de Recherches psychologiques, inc. pour la version française. Tous droits réservés.

ISBN : 2-89106-145-0

Imprimé au Canada

Dépôt légal : 2e trimestre 1994
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Rapport-Gratuit.com

	Oui	Non
1. J'aimerais être plus jeune	☐	☐
2. Les garçons et les filles aiment jouer avec moi	☐	☐
3. J'abandonne habituellement quand mon travail scolaire est trop difficile	☐	☐
4. Mes parents ne se fâchent jamais contre moi	☐	☐
5. Je n'ai que quelques amis	☐	☐
6. J'ai beaucoup de plaisir avec mes parents	☐	☐
7. Je suis content/e d'être un garçon/une fille	☐	☐
8. Je ne réussis pas à l'école	☐	☐
9. Mes parents me font sentir que je ne suis pas assez bon/ne	☐	☐
10. Habituellement, je ne réussis pas quand j'essaie de faire des choses importantes	☐	☐
11. Je suis heureux/heureuse la plupart du temps	☐	☐
12. Je n'ai jamais rien pris qui ne m'appartenait pas	☐	☐
13. J'ai souvent honte de moi	☐	☐
14. La plupart des garçons et des filles sont plus habiles que moi dans les sports et les jeux	☐	☐
15. J'ai souvent l'impression d'être bon/ne à rien	☐	☐
16. La plupart des garçons et des filles sont plus intelligents que moi	☐	☐
17. Mes parents ne m'aiment pas parce que je ne suis pas assez bon/ne	☐	☐
18. J'aime tous les gens que je connais	☐	☐
19. Je suis aussi heureux/heureuse que la plupart des garçons et des filles	☐	☐
20. La plupart des filles et des garçons sont meilleurs que moi	☐	☐
21. J'aime jouer avec des enfants plus jeunes que moi	☐	☐
22. J'ai souvent envie d'abandonner l'école	☐	☐
23. Je peux faire les choses aussi bien que les autres garçons et filles	☐	☐
24. Si je le pouvais, je changerais beaucoup de choses à mon sujet	☐	☐
25. Il m'arrive souvent de penser à m'enfuir de la maison	☐	☐
26. Je ne m'inquiète jamais de rien	☐	☐
27. Je dis toujours la vérité	☐	☐
28. Mon/ma professeur/e pense que je ne suis pas assez bon/ne	☐	☐
29. Mes parents pensent que je suis un/e raté/e	☐	☐
30. Je suis souvent inquiet/inquiète	☐	☐

Annexe 9
Certification éthique

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Centre de santé et de services sociaux
de Chicoutimi

Centre hospitalier affilié universitaire régional

Centre administratif
305, rue Saint-Vallier
Chicoutimi (Québec)
G7H 5H6
Tél. : (418) 541-1080

150, rue Pinel
Chicoutimi (Québec)
G7G 3B4
Tél. : (418) 549-5474

411, rue Hôtel-Dieu
Chicoutimi (Québec)
G7H 7Z5
Tél. : (418) 543-2221

222, rue Saint-Éphrem
Chicoutimi (Québec)
G7G 2W5
Tél. : (418) 698-3924

934, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 2A9
Tél. : (418) 698-3908

253, rue Saint-Armand
Chicoutimi (Québec)
G7G 1S4
Tél. : (418) 698-3914

1235, rue d'Angoulême
Chicoutimi (Québec)
G7H 8P8
Tél. : (418) 698-3907

Le 17 décembre 2010

Docteure Patricia Blackburn, Ph. D., Professeure
Programmes d'études en sciences de l'activité physique
et de la santé
Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Objet : 2008-021 Impact de l'activité physique combinée à une prise en charge multidisciplinaire dans l'évaluation et le traitement du surplus pondéral et de l'obésité chez l'adolescent.

- **Votre lettre datée du 20 novembre 2010**
- **Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche, signé le 30 novembre 2010**
- **Résumé des changements apportés au protocole et au formulaire de consentement**
- **Formulaire de présentation du projet, version 3 modifiée le 20 novembre 2010**
- **Protocole amendé, version 4 modifiée le 25 novembre 2010**
- **Engagements de confidentialité signés par :**
  - **Danielle Maltais le 29 novembre 2010**
  - **Claudie Émond le 1er décembre 2010**
- **Nouveaux questionnaires utilisés en psychologie**
- **Formulaire d'information et de consentement, version 4 datée du 30 novembre 2010 approuvé par le CÉR en date du 17 décembre 2010**
- **Texte publicitaire**

Madame,

Vous avez soumis au Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, le 6 décembre 2010, une demande de modification à votre projet de

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

recherche. À cet effet, vous avez soumis au Comité tous les documents mentionnés en rubrique.

Votre demande de modification a fait l'objet d'une évaluation en date du 17 décembre 2010. Nous avons le plaisir de vous informer que votre demande a été approuvée à l'unanimité par le Comité. Ce faisant, le Comité vous autorise à utiliser les documents soumis au CÉR pour la réalisation de votre projet.

Recevez l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Christine Gagnon, vice-présidente et coordonnatrice
Comité d'éthique de la recherche
CSSS de Chicoutimi

CG/ah

p. j. Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche approuvé par le CÉR
Formulaire d'information et de consentement, version 4 datée du 30 novembre 2010
Texte publicitaire

c. c. Docteure Johanne Harvey, M.D., pédiatre au CSSSC, case postale 133

réf. : 2008-021 Amend. protocole_Form.notif._Form.cons.V4_17-12-2010.doc