

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
FACULTE DE MEDECINE



La santé à l'adolescence : Un processus d'internalisation lié à la Dynamique familiale.

Nicolas Zdanowicz
Docteur en Médecine



Promoteur : Professeur Ph. van Meerbeeck

Co-promoteur : Professeur P. Janne

Thèse de doctorat en Sciences Biomédicales

Je tiens à remercier le chef du Service de Psychiatrie, le professeur Jean Paul Roussaux sur qui j'ai souvent pu compter depuis mes stages en psychiatrie. Le professeur Léon Cassiers, qui avant lui comme chef de service, a favorisé mon assistantat.

Les membres du comité d'encadrement et du jury : le Professeur Crommelinck, président du jury, pour m'avoir guidé et conseillé sur le chemin des nouvelles modalités de thèses pour la psychiatrie Le promoteur, le Professeur Philippe van Meerbeeck pour ses coups de griffes et caresses, moteurs, l'un comme l'autre à aller plus loin. Le Co-promoteur, le Professeur Pascal Janne pour être parvenu à me passionner pour les statistiques malgré mes réticences. Le Professeur Jean Dumas de l'université de Pennsylvanie pour son ouverture d'esprit et les discussions passionnantes avec quelqu'un d'un horizon aussi lointain. Le Professeur Michel Lambert des cliniques St Luc, pour sa façon si constante et chaleureuse de marquer un intérêt pour les étudiants. Le professeur Alex Lefèbvre de l'université libre de Bruxelles, pour s'être plié au jeu d'une rencontre avec la psychiatrie anglo-saxonne. Mon chef de service, le Professeur Christine Reynaert, pour avoir éveillé mon intérêt au travaux sur la santé.

Le professeur Adolfo Pazzagli de l'université de Florence pour ses pertinentes relectures.

Les membres de l'unité de psychosomatique de Mont-Godinne pour supporter les hospitalisations d'adolescents. Un remerciement particulier à Mireille Vause, David Tordeurs et Arnaud Pauwels pour leur aide et leur soutien dans le recueil et le traitement des données.

Je tiens aussi à remercier une série de gens qui durant ma formation m'ont influencé et orienté. Un certain nombre sont devenus des amis. Les docteurs Ann d'alcantara et Thierry Lebrun ainsi que Madame Dominique Van Neste du département adolescent du SSM Chapelle aux Champs. Le Professeur Basquin de la Pitié Salpêtrière et le docteur Meyer du Centre Thérapeutique pour Adolescents de Cery. Madame Marie-Jeanne Seghers et le Professeur Patrick De Neuter à qui je dois ma formation à la psychanalyse. Les Professeurs Arlette Seghers et Alain Roelands des cliniques St Luc.

Le Professeur Jean Yves Hayez pour m'avoir poussé vers la psychiatrie Juvénile et le Professeur Michel Declercq à qui je dois une partie de mon énergie.

Des remerciements aussi à mes proches, mes parents pour avoir orienté mes études vers la psychiatrie et les avoir soutenues. A ma sœur pour son affection constante. Et enfin et avant tout pour mon épouse, Julien et Marine pour leur orthographe et surtout pour ne m'avoir jamais pris au sérieux.

La santé à l'adolescence :

Un processus d'internalisation lié à la structure familiale.

Par N. Zdanowicz

Promoteur : Professeur Ph van Meerbeeck

Co-promoteur : Professeur P. Janne

Plan :

1	INTRODUCTION	4
1.1	DE LA SANTE ET DE L'ADOLESCENT	4
1.2	REMARQUES SUR LA METHODOLOGIE GENERALE	9
2	SECTION THEORIQUE : DEVELOPPEMENT DES HYPOTHESES.....	11
2.1	PARAMETRES DE SANTE.....	11
2.1.1	<i>Indicateurs épidémiologiques de la santé des jeunes belges.....</i>	<i>11</i>
2.1.1.1	Indicateurs de Santé.....	11
2.1.1.1.1	Alimentation	11
2.1.1.1.2	Dents, vaccinations, accidents et ceinture de sécurité.....	13
2.1.1.1.3	Ecole	13
2.1.1.1.4	Sexualité	14
2.1.1.1.5	Tabac, alcool et drogue	15
2.1.1.1.6	Santé	16
2.1.1.1.7	Santé mentale	18
2.1.1.2	Conclusion.....	19
2.1.2	<i>Critères internes, externes et d'autonomie.....</i>	<i>21</i>
2.1.2.1	La santé du point de vue médical.....	21
2.1.2.2	La santé du point de vue social	23
2.1.2.3	La santé mentale	26
2.1.2.3.1	Prépondérance des Critères externes : les troubles catégoriels	27
2.1.2.3.2	Prépondérance des Critères internes : les troubles dimensionnels et le Critère d'autonomie	28
2.1.2.4	La santé pour l'adolescence	31
2.1.2.4.1	Prépondérance des Critères externes : du DSM III au DSM IV :	33
2.1.2.4.2	Prépondérance des Critères internes : la crise d'adolescence - normalité.....	35
2.1.2.4.3	Le critère d'autonomie	38
2.2	CRITERES DE SANTE ET HYPOTHESES.	39
2.2.1	<i>L'adolescence : subjectivation et internalisation de la santé.....</i>	<i>40</i>
2.2.2	<i>Importance de l'environnement familial dans le processus de subjectivation.....</i>	<i>43</i>
3	SECTION EMPIRIQUE.....	47
3.1	INSTRUMENTS DE MESURE	47
3.1.1	<i>Le Multimensionnal Health Locus of Control (MHLC).....</i>	<i>47</i>
3.1.1.1	L'échelle du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé.....	47
3.1.1.2	Construction du MHLC.....	48
3.1.1.2.1	Le MLC de Levenson.....	48
3.1.1.2.2	Rotter et la théorie de l'apprentissage social.	49
3.1.1.2.3	Evolution du concept de contrôle interne et externe de Rotter	51
3.1.1.2.4	Validité statistique du MHLC.....	52
3.1.1.3	Intérêt du Lieu de Contrôle pour l'adolescence	53
3.1.1.3.1	Considérations théoriques	53
3.1.1.3.2	Limites à l'emploi du MHLC.....	54
3.1.1.3.3	Résultats d'études cliniques	55
3.1.2	<i>Le modèle complexe d'Olson.....</i>	<i>56</i>
3.1.2.1	Le FACES III	56
3.1.2.2	FACES III et adolescence	59
3.2	MHLC, FACES III, SANTE ET METHODE.....	60
3.3	RESULTATS.....	67
3.3.1	<i>L'adolescent est-il responsable de sa santé ?.....</i>	<i>67</i>
3.3.2	<i>Comparaison des HLC entre adolescents « sains » et « en souffrance »</i>	<i>77</i>
3.3.3	<i>Comparaisons des FACES III entre adolescents « sains » et « en souffrance »</i>	<i>89</i>

3.3.4	<i>Famille santé et adolescence.....</i>	<i>103</i>
3.3.5	<i>Les attentes d'étudiants « sains » et « en souffrance » par rapport à leur famille.....</i>	<i>117</i>
3.3.6	<i>Les attentes des adolescents d'une famille idéale importante pour leur santé.....</i>	<i>132</i>
4	CONCLUSIONS	145
4.1	DEMONSTRATION DE LA THESE.....	145
4.2	LIMITES ET OUVERTURES.....	145
4.2.1	<i>Sur la santé.....</i>	<i>145</i>
4.2.2	<i>Sur la famille idéale.....</i>	<i>147</i>
4.2.3	<i>Sur des implications pratiques.....</i>	<i>147</i>
4.2.3.1	Prévention.....	147
4.2.3.2	Dépistage	148
4.2.3.3	Traitement	148
4.3	FUTURES ETUDES.....	148
4.4	AU DELA DES HYPOTHESES.	149
5	<u>ANNEXES</u>.....	151
5.1	ANNEXE 1 : LIEU DE CONTROLE MULTIDIMENSIONNEL DE LA SANTE DE WALLSTON.....	151
5.2	ANNEXE 2 : FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION SCALE DE OLSON.....	153
5.3	ANNEXE 3 : COMPARAISON DES DSM II ET III	155
6	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>.....	156

1 Introduction

1.1 De la santé et de l'adolescent

Si la santé n'a pas toujours été un enjeu de la recherche, la santé de l'adolescent encore moins. Certes les premières définitions de la santé remontent à Cl. Bernard et A. Comte (Malherbe 1980)¹ mais les premiers travaux de recherche sur sa promotion n'ont vraiment commencé que quand l'OMS en a proposé une définition dans les années soixante. Aujourd'hui encore le nombre de travaux portant sur la santé proprement dite est nettement inférieur aux travaux sur les pathologies. Si la sectorisation de la médecine en spécialité d'organes en est partiellement responsable, la difficulté d'appréhender la santé en tant qu'une entité identifiable et étudiable en est une autre. L'intérêt pour l'adolescence, comme tranche d'âge ayant des particularités physio-psychologiques et pathologiques propres, est à peine plus ancienne. La création d'unités de médecine somatique pour les adolescents est encore exceptionnelle même si aujourd'hui 70% des services de pédiatrie en France admettent des adolescents jusqu'à 18 ans ou plus et ce recrutement ne cesse d'augmenter². En psychiatrie, l'intérêt pour l'adolescent est un peu plus ancien³ et date des années trente avec Debesse (1936)⁴. Debesse est non seulement le premier qui s'intéresse à la santé psychologique des adolescents mais est aussi le premier théoricien de la crise d'adolescence⁵. Si ce concept de crise d'adolescence n'est pas étudié comme tel dans ce travail, sa présence en arrière-plan est constante. En effet il entretient, dès sa formulation par Debesse, des rapports étroits avec la limite entre la santé et la pathologie, mais aussi avec celle entre l'individu et sa famille.

Croire que le problème de la limite entre santé et pathologie est ancien est faux^{6,7} et l'histoire du concept de crise l'illustre. L'adolescence peut être considérée comme une période d'adaptation à la société adulte et cette adaptation est d'autant plus difficile que le modèle sociétal est complexe. Comme période d'adaptation, l'adolescence comprend des essais – erreurs et ces erreurs, si elles sont trop déviantes par rapport à la norme, sont repérées comme maladie. C'est de cette façon que sont considérés les adolescents déviants dès Esquirol (l'élève de Pinel à qui on doit la description des monomanies⁸) et ce jusqu'à la naissance de la

psychanalyse. Celle-ci, parce qu'elle fait de la maladie mentale une variation par rapport à la norme et qu'autrement dit elle instaure des catégories qui sont plus dimensionnelles que catégorielles (raison / déraison), parce qu'elle propose une théorie du développement psychique (une psychogenèse) où l'enfant n'est plus perçu comme un adulte en taille réduite ou comme une feuille vierge mais comme un être avec une psyché fonctionnant avec des modalités différentes suivant les âges, repose la question du normal et du pathologique. Cette question est à ce moment « résolue » par l'élaboration du concept de crise d'adolescence : « derrière une symptomatologie bruyante il y a de la santé ». Comme toute frontière est incertaine dans son tracé, ce concept a été critiqué depuis et l'on peut dire qu'il a disparu de tout le courant anglo-saxon depuis l'affaire du DSM III en 1980.

Cette affaire commence en 1952 quand les psychiatres, voulant réaliser des études expérimentales pharmacologiques en double aveugle avec l'utilisation de placebo, se heurtent à la difficulté de constituer des groupes homogènes de patients. Le système diagnostique alors en vigueur est le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux). Clairement d'inspiration psychanalytique, il a été édité par l'association américaine de psychiatrie en 1952. L'acte diagnostique y est centré sur l'histoire du patient⁹ et la façon particulière dont le patient la confie au psychothérapeute. Un tel système diagnostique est difficilement utilisable pour les études pharmacologiques parce que comme les soins (la psychothérapie) commencent avant le diagnostic, il existe déjà un traitement qu'on ne peut éthiquement plus interrompre pour inclure le patient. En 1968 le DSM II¹⁰ reprend et adapte le DSM I aux contraintes de la classification internationale élaborée parallèlement par l'organisation mondiale de la santé. Ces deux manuels sont principalement orientés vers l'élargissement des pathologies dont les psychiatres doivent s'occuper : les psychoses graves que l'on trouve dans les asiles, mais aussi les névroses, qui constituent l'essentiel de la clientèle des cabinets de la ville. Le DSM I propose ainsi 106 catégories diagnostiques, Le DSM II porte ce nombre à 182, le DSM III¹¹ à 265, le DSM IIIR¹² à 292 et le DSM IV¹³ à 356. Les DSM I et II présentent un autre inconvénient pour les études pharmacologiques : ils s'avèrent non fiables dans la constitution de groupes de patients homogènes. Plusieurs psychiatres obtiennent des diagnostics différents avec les mêmes constellations cliniques. De plus, en 1973, l'étude de Rosenhan (1973)¹⁴ connaît un écho retentissant et achève de déconsidérer les DSM I et II. Douze pseudo-patients

parviennent, sans difficulté, à se faire passer pour schizophrènes et ils ne seront « relâchés » qu'au bout de 7 à 52 jours. La question de la fiabilité est d'autant plus vite portée sur la place publique qu'elle rejoint une autre préoccupation qui hante la psychiatrie à ce moment : les internements abusifs. De 1970 à 1980 la question de la constitution d'un outil de diagnostic fiable va donc agiter la psychiatrie américaine. Le débat oppose les partisans de la psychanalyse à deux autres groupes. Le premier groupe est mené par le psychiatre Robert Spitzer, l'autre groupe est constitué d'experts en statistiques issus du monde de la recherche pharmaceutique.

Le groupe de psychiatres mené par Spitzer représente un courant minoritaire dans la psychiatrie : le courant issu de l'école de Kraepelin. Le système kraepelinien de diagnostic s'oppose au système psychanalytique freudien. Freud étudie le fonctionnement de l'appareil psychique, la psychodynamique, alors que Kraepelin s'oriente vers le problème de la classification des troubles mentaux à partir de leur expression symptomatique⁹. Ces deux systèmes aboutissent à des techniques diagnostiques différentes. Pour Freud le diagnostic est posé de « l'intérieur », du mode de fonctionnement, pour Kraepelin à partir de l'extérieur, les symptômes objectivables. Rapidement le groupe de Spitzer et les statisticiens font alliance « contre » les psychothérapeutes. Spitzer et son équipe proposent une nouvelle version du DSM, le DSM III. Son contenu et le retour à une nosographie de type kraepelinien soulèvent de vives polémiques. Dans cette bataille, les partisans des psychothérapeutes commettent de nombreuses erreurs stratégiques. Sur la question de l'homosexualité, ils se heurtent aux psychiatres qui s'allient aux homosexuels. Ces derniers refusent que l'homosexualité soit considérée comme un « trouble mental » susceptible de traitement. C'est ainsi qu'en 1970, au congrès de l'association américaine de psychiatrie, les organisations homosexuelles américaines exigent que l'homosexualité soit retirée des manuels de diagnostic. Les psychanalystes s'y opposent et ils accusent¹⁵ Spitzer de mélanger science et politique. Le manque de fiabilité des DSM I et II, l'existence de groupes de pression politique et l'abandon du souci d'une nosographie statistiquement pertinente par les psychothérapeutes donnent la « victoire » aux psychiatres anti-psychanalytiques. L'homosexualité sort de la nosographie psychiatrique et, dans la foulée de cette redéfinition du normal et du pathologique qu'a représenté le DSM III, l'adolescence qui, elle, n'a pas de groupe de pression, va être (re)médicalisée. C'est la critique et la disparition du concept de crise. La critique de ce concept est apparemment aisée.

Cliniquement il a entraîné des banalisations d'états psychiatriques graves et théoriquement, s'il n'est pas suivi d'un adjectif, il ne veut rien dire (crise de l'adolescent, de la famille,...). En dehors de la disparition de ce concept et d'une manière plus générale, l'affaire du DSM III a donc signé le divorce entre deux courants de la psychiatrie les amenant à se comporter, si pas en ennemies, dans une hémi-négligence. Il est amusant de constater que le vieux concept de crise occupe une place privilégiée dans ce divorce parce qu'il est la frontière entre deux conceptions de la santé opposées. Dans le DSM III et les éditions suivantes les pathologies à l'adolescence sont des phénomènes qui entravent le développement du jeune alors que dans les pays latins, où la crise d'adolescence a gardé une importance conceptuelle, elle fait partie de ce mouvement qui va de l'enfance à l'organisation adulte. On ne peut dès lors s'empêcher de faire une comparaison entre l'adolescence comme situation entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescent entre individualité et membre d'un système familial et la crise entre santé et maladie. La question du rapport qui existe alors entre la santé et l'adolescence mais aussi du rapport entre adolescent famille et santé ne peut qu'être (re)posée. Reposer cette question au début du XXI^{ème} siècle doit tenir compte de l'évolution de la psychiatrie et en particulier des méthodes statistiques et des données amenées par le courant anglo-saxon.

L'originalité de cette thèse est donc d'essayer de mettre en contact deux psychiatries différentes avec comme objet d'étude les rapports entre adolescence, famille et santé. Nous partons donc de la notion de crise d'adolescence et tenterons d'explorer la santé, via des outils standardisés de la psychiatrie anglo-saxonne et ce qu'ils ont déjà pu apporter. Dans un premier temps nous le ferons avec une échelle individuelle et dans un deuxième avec une échelle familiale.

- Le premier temps (chapitre 2.2.1), avec la *première hypothèse* est : l'adolescence est un processus personnel d'internalisation d'un sentiment de responsabilité sur sa propre santé qui évolue avec l'âge. Pour démontrer cette hypothèse, nous employons un instrument standardisé de la psychiatrie anglo-saxonne, l'échelle multidimensionnelle du lieu de contrôle de la santé de Wallston (1978)¹⁶ (chapitre 3.1.1). Cette échelle, élaborée en 1978, a montré dans de nombreuses études effectuées dans le domaine de la santé, l'incidence positive d'une perception subjective de contrôle interne des personnes face à leur état de santé. Plus il existe un haut sentiment d'auto-maîtrise et de responsabilisation du patient par

rapport à sa pathologie, plus le pronostic est bon et plus les objectifs thérapeutiques sont rencontrés (chapitre 3.1.1).

Complémentairement à la première hypothèse *la deuxième* est alors que : les adolescents symptomatiques (c'est-à-dire présentant une symptomatologie d'origine psychique tous diagnostics confondus) ont un retard d'internalisation par rapport au groupe contrôle.

- Le deuxième temps est celui du volet familial (chapitre 2.2.2). Nous employons ici un instrument standardisé de la psychiatrie anglo-saxonne, le modèle circomplexe de Olson (1986)¹⁷ (Family Adaptation and Cohesion Scale version III) (chapitre 3.1.2). Ce modèle permet d'évaluer la dynamique familiale sur deux axes que sont la cohésion et l'adaptabilité. La cohésion se définit sur base des « liens émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres ». Les formes extrêmes étant l'enchevêtrement ou le désengagement. L'adaptabilité recouvre « l'habilité du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles en réponse à une situation ou une évolution stressante ». Les formes extrêmes étant la rigidité ou le chaos. Ce modèle a notamment été utilisé dans différentes études sur les phénomènes de la santé (chapitre 3.1.2.2). Cet instrument est utilisé dans la *troisième hypothèse* qui est : les adolescents symptomatiques ont des familles plus « rigides – désengagées » ou « chaotiques – enchevêtrées » que le groupe contrôle.

La quatrième hypothèse vise alors à montrer qu'il existe un lien entre le processus d'internalisation du lieu de contrôle de la santé et la dynamique familiale. En effet, théoriquement la notion de « crise d'adolescence » implique ce lien et par ailleurs, quelques rares études ont montré une corrélation statistique entre dynamique familiale et vécu subjectif de contrôle (chapitre 3.2). Nous tenterons de le faire empiriquement à partir de nos deux échantillons.

Ces 4 hypothèses, si elles sont démontrées, permettent de dire que :

- l'adolescence est un processus d'internalisation lié à la dynamique familiale et
- que la crise d'adolescence peut-être définie comme un retard d'acquisition de cette maîtrise, retard d'acquisition corrélé avec une dynamique familiale soit plus « rigide – désengagée », soit plus « chaotique – enchevêtrée ».

1.2 Remarques sur la méthodologie générale

Parce que l'objet de la thèse se situe à la rencontre d'au moins 2 épistémologies différentes, une remarque de méthodologie générale doit être faite. La thèse est développée en 2 sections : l'une théorique, l'autre clinique. L'ensemble fait appel à 8 champs de connaissance différents :

- La définition de la santé implique des parties des champs sociologique, physiologique, psychologique et psychiatrique.
- Le concept de crise d'adolescence, tel que nous l'employons implique des notions issues des champs psychanalytiques et des théories familiales.
- Les instruments de mesure dans leurs dimensions théoriques respectives font appel à des parties des champs : des théories de l'apprentissage social pour le MHLC, et de la psychométrie familiale pour le FACES III de Olson.

La première partie de la thèse, après avoir examiné les résultats d'enquêtes épidémiologiques, interroge les critères de santé (chapitre 2.1) tant dans une dimension médicale, sociale que mentale (chapitre 2.1.2.1, 2.1.2.2 et 2.1.2.3). A partir de ces critères la question de la santé des jeunes est circonscrite (chapitre 2.1.2.4). Ces critères et notre choix méthodologique (partir de notions psychodynamiques pour aller vers une psychiatrie plus objectivante) nous amènent à nous concentrer sur deux éléments de la crise: d'une part l'adolescence est un processus de subjectivation personnelle et d'autre part l'adolescence peut être définie comme un processus familial. Le processus de subjectivation personnelle est élaboré à partir d'éléments théoriques psychodynamiques psychanalytiques (chapitre 2.2.1). En effet, ce sont principalement des auteurs à tendance psychanalytique qui ont développé cet aspect. C'est à partir d'éléments de cette théorie que l'on pose les deux premières hypothèses. La composante processuelle familiale est étudiée à partir d'auteurs systémiques et familiaux et permet de poser les troisième et quatrième hypothèses (chapitre 2.2.2). Il ne s'agit donc ni d'une thèse psychanalytique ni d'une thèse familiale sur l'adolescence, mais d'un essai d'articulation des intersections de champs théoriques différents autour de la question de la santé de l'adolescente et de sa famille (figure 1).

Enfin, avant de démontrer cliniquement les hypothèses, il faut envisager l'adéquation des instruments qui seront employés (chapitre 3.1.1 et 3.1.2).

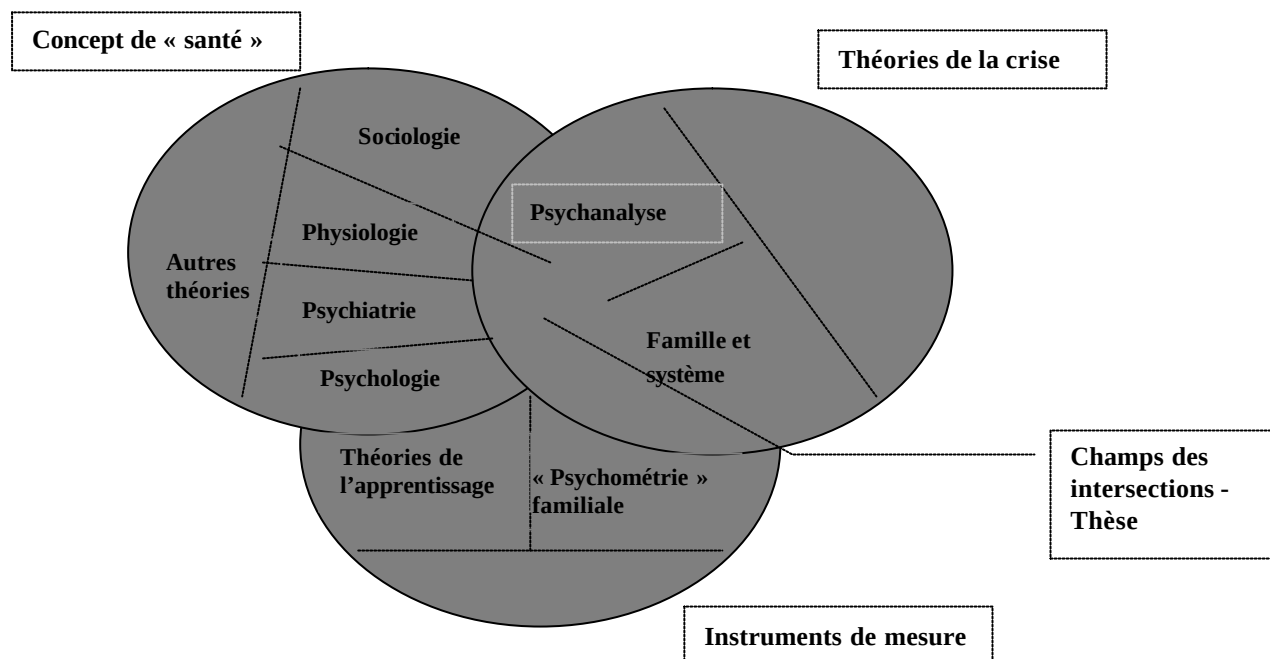


Figure 1 : Champs impliqués dans la thèse

Cette adéquation est déterminée par deux moyens : les éléments théoriques qui soutiennent la construction des échelles et les résultats de l'emploi de ces échelles dans le domaine de l'adolescence. La mise en relation de ces échelles termine la mise en place des éléments théoriques permettant l'évaluation clinique des hypothèses (chapitre 3.1.3).

La validité des hypothèses est alors mise à l'épreuve dans la section empirique.

Etant donné la méthodologie employée (mise en relation de 2 champs de la psychiatrie) il faut également remarquer que, si les hypothèses sont démontrées, nous aurions également montré qu'il existe des passerelles entre les deux champs. De même, la validation d'éléments psychodynamiques et familialistes par des instruments de la médecine, au cours d'une thèse défendue dans la faculté de médecine, permettrait un début de reconnaissance de l'importance des enjeux relationnels et psychogénétiques sur la santé au sens biologique.

2 Section théorique : développement des hypothèses.

2.1 Paramètres de Santé

2.1.1 Indicateurs épidémiologiques de la santé des jeunes belges

Dans les pays occidentaux depuis le début des années 90, la santé des jeunes a été l'objet de nombreuses études épidémiologiques. Les raisons de ce surcroît d'attention pour les adolescents tiennent à différents motifs dont le perfectionnement des techniques médicales¹⁸. En effet, si les maladies ne sont responsables que du quart de la mortalité à l'adolescence, les maladies chroniques et le handicap, hérités de l'enfance, avec limitation dans les activités, représentent 5 à 10% des maladies des adolescents¹⁹. Ce changement épidémiologique a changé les pratiques, en particulier hospitalières, avec un recrutement d'adolescents d'autant plus fort que l'activité pédiatrique est spécialisée². D'autre part, et de manière plus évidente à ce que l'on observe chez l'enfant, la maladie à l'adolescence vient contrarier les exigences du développement (estime de soi, acquisition de l'autonomie et capacité à prendre soin de soi). Ces caractéristiques entraînent des problèmes spécifiques de prise en charge dont le plus connu est certainement celui de la compliance thérapeutique²⁰. Elle est même considérée comme un trait caractéristique des difficultés vécues non seulement par rapport aux adolescents mais également par rapport aux parents à qui on a demandé de garantir pendant toute l'enfance la gestion rigoureuse des traitements.

En Belgique, trois grandes études épidémiologiques récentes (celle de Piette et al en 1997 au niveau communautaire²¹, celle de Declercq et al en 1996 portant sur les jeunes bruxellois²² et celle de l'observatoire de la santé du Hainaut en 1998²³) ont eu lieu en communauté française qui compte environ 2.000.000 de jeunes de 10 à 25 ans.

2.1.1.1 Indicateurs de Santé

2.1.1.1.1 Alimentation

En ce qui concerne l'alimentation, 91% des jeunes déclarent manger ce qu'ils veulent quand ils veulent et où ils veulent contre 25% en 1960. Cette liberté alimentaire est exercée différemment, tant du point de vue des modalités et des types d'aliments consommés, chez les garçons et les filles, avec notamment une limitation calorique chez ces dernières. Si cette liberté semble utilisée à bon escient puisque, la majorité des jeunes mangent des fruits tous les jours, on observe cependant une diminution de cette consommation entre 1986 et 1994. Cette consommation diminue également avec l'âge avec une dégradation des habitudes alimentaires durant l'adolescence, en particulier chez les garçons. Elle diminue également de l'enseignement général au technique et au professionnel. Globalement, par rapport aux autres pays, la Belgique²⁴ se situe dans les chiffres inférieurs pour les garçons et dans la moyenne pour les filles.

La consommation quotidienne de frites ne s'observe que chez un nombre relativement faible de jeunes et diminue entre 1986 et 1994. Il en va de même pour la consommation régulière de hamburgers même s'il existe un pourcentage significativement plus élevé de consommateurs journaliers chez les garçons, ainsi que chez les jeunes de l'enseignement technique et professionnel. Quant à la consommation quotidienne de friandises, elle est élevée, comparable dans les deux sexes mais est relativement stable dans le temps.

Un excès de poids existe dès la fin du primaire chez plus de 10% des jeunes. Cet excès de poids ne se répartit pas de manière homogène : il augmente en fonction du type d'enseignement et est significativement plus fréquent chez les filles. Un pourcentage non négligeable de jeunes fait des efforts pour maigrir, soit par la prise de médicaments, soit par le suivi d'un régime. En 1990 et 1992, 10% des jeunes déclaraient consommer, au moins une fois par jour, des produits de régime. La pratique d'un régime est plus fréquente chez les filles et un certain pourcentage de jeunes (particulièrement les filles), adoptent ces comportements alors qu'ils n'ont pas d'excès de poids objectif. Ainsi, dans l'enseignement professionnel, sur 100 filles avec excès de poids, 39 suivent un régime et sur 100 filles sans excès de poids, 17 suivent aussi un régime. En ce qui concerne les médicaments, sur 100 filles avec excès de poids, 16 prennent un médicament, tandis que sur 100 filles sans excès de poids, 7 adoptent le même comportement. Il n'y a pas de différence selon le type d'enseignement en ce qui concerne le pourcentage de jeunes qui, ayant ou non un

excès de poids, font régime. Par contre, la prise de médicaments est plus fréquente dans l'enseignement professionnel et technique que dans l'enseignement général.

Certaines associations s'éclairent l'une l'autre. C'est ainsi que le nombre d'heures passées devant la télévision est corrélé avec l'excès de poids. Le nombre d'heures augmente, pour les filles comme pour les garçons, lorsqu'on passe de l'enseignement général au professionnel : 17% des garçons passent plus de 4 heures par jour devant la télévision dans l'enseignement général, 30% le font dans le technique, 35% dans le professionnel.

Parmi les jeunes ayant un poids normal, seulement 50 à 60% sont satisfaits de ce poids chez les garçons, 37 à 51% chez les filles. Quant à ceux qui ont effectivement un excès de poids, 63% à 74% se trouvent trop gros chez les garçons. Concernant les filles, ces pourcentages atteignent 76% en primaire et avoisinent ensuite les 90%, et ceci, pour tous les types d'enseignement.

2.1.1.1.2 Dents, vaccinations, accidents et ceinture de sécurité

Peu de résultats quant à l'évolution ou à l'existence de différences entre jeunes dans ces domaines ont été publiés en Belgique. L'on sait seulement que, si le brossage des dents est plus fréquent chez les filles, à 13 ans et dans l'enseignement général, un tel gradient n'a pas été retrouvé pour la vaccination. Si le pourcentage de jeunes qui se disent non vaccinés diminue avec l'âge, il apparaît que c'est surtout le pourcentage des jeunes qui ne connaissent pas leur statut vaccinal qui diminue, plutôt que celui des jeunes qui affirment n'avoir pas été vaccinés. On assiste donc plutôt à l'évolution d'une prise de conscience qu'à une augmentation objective des taux de vaccination.

Parmi les accidents n'entraînant pas la mort, les accidents de sport et de jeu dans la cour de récréation représentent les circonstances les plus fréquentes des accidents les plus graves. Le port de la ceinture de sécurité est le plus faible à 15 ans, ainsi que dans l'enseignement technique et professionnel. Le sexe n'influence pas le port de la ceinture de sécurité sans doute parce que si l'attitude des parents est déterminante, elle n'est probablement pas liée au sexe de l'enfant. Dans l'ensemble, le pourcentage de jeunes mettant régulièrement la ceinture de sécurité est faible et progresse peu avec le temps.

2.1.1.1.3 Ecole

Si, à 13 ans, 67% des jeunes déclarent aimer l'école, ils ne sont plus que 56% à 17 ans. Un jeune sur deux a doublé, 2/10 sont absents 1 fois par mois, 1/2 ressent un malaise face à l'école et aux attentes des parents et des enseignants à l'égard de ses prestations scolaires. Le travail scolaire n'a pourtant qu'une part relative dans le fait d'aimer ou pas l'école. Les facteurs les plus associés au fait d'aimer l'école sont : percevoir l'école comme agréable, sentir qu'on fait partie de l'école, être traité sans injustice par les professeurs, percevoir le règlement comme juste, sentir que les professeurs portent un intérêt personnel à l'élève. Viennent ensuite la perception du travail par le titulaire, recevoir de l'aide en cas de besoin, ne pas être fatigué le matin, être heureux, ne pas être traité trop sévèrement à l'école et ne pas se sentir stressé. L'école semble donc être d'abord un milieu de vie comme un autre, un endroit où on se plaît si l'ambiance est agréable, si on s'identifie à la communauté scolaire, si on ne subit aucune injustice, si on est respecté comme une personne. Le pourcentage de jeunes qui ne se sentent jamais ou rarement méchamment « charriés » ou « provoqués » varie de 64 à 77 % entre 13 et 17 ans. Ce qui signifie qu'un tiers à un quart des jeunes se trouvent dans le groupe des jeunes qui expérimentent la violence de leurs pairs. Les caractéristiques de l'école comme lieu d'apprentissage passent donc au second plan dans l'appréciation globale de l'école. Les jeunes bien intégrés dans l'école présentent par ailleurs un meilleur index de santé perçue : ils se déclarent en meilleure santé, présentent moins de plaintes (mal de dos, etc) et consomment moins de médicaments.

2.1.1.1.4 Sexualité

Si en dessous de 17 ans, il y a seulement une minorité de jeunes qui ont eu une relation sexuelle, cette proportion augmente légèrement depuis 1990. En 1994, on constate que, parmi ceux qui à 15 ans ont déjà eu une relation sexuelle, un nombre non négligeable ont eu plus d'un partenaire: 42 à 69% selon les types d'enseignement parmi les garçons. On observe la même évolution pour les jeunes qui ont eu des relations sexuelles précoces (avant l'âge de 14 ans) : 15% en 1990, 22% en 1992, 21% en 1994. Les garçons sont plus nombreux à avoir déjà eu des relations sexuelles et on constate également une différence marquée entre les types d'enseignement : les jeunes du professionnel sont, pour toutes les tranches d'âge, plus nombreux que ceux du technique à avoir déjà eu des relations sexuelles. La

différence va dans le même sens entre l'enseignement technique et l'enseignement général.

En ce qui concerne le SIDA, pratiquement 100% identifient correctement, dès 1990, le risque de transmission via la seringue et par voie sexuelle. Ceci est vrai pour les deux sexes et dès l'âge de 13 ans quel que soit le type d'enseignement. Le pourcentage de jeunes sachant qu'une personne asymptomatique peut transmettre le SIDA est important dans toutes les tranches d'âge et augmente régulièrement au cours des années, mais, en 1994, 17% des jeunes continuent à douter ou à ne pas croire à ce risque. De même, si l'usage de préservatif est répandu, la proportion de jeunes utilisant toujours le préservatif est nettement moins importante chez les jeunes qui ont déjà eu plusieurs partenaires. Parmi eux, 2/10 s'exposent à un risque réel et 10 à 30% consomment régulièrement de l'alcool ou de la drogue. Dans les cas de non emploi de préservatif, les jeunes identifient pour 40% des problèmes d'accessibilité, tandis que 85% identifient la possibilité d'un problème de communication.

2.1.1.1.5 Tabac, alcool et drogue

Après un pic de consommation de tabac en 1988, il y a eu une nette diminution en 1990, suivie d'une remontée depuis 92. Il n'y a pratiquement pas de différence entre garçons et filles, ni entre l'enseignement technique et professionnel, mais bien entre ces deux types d'enseignement et l'enseignement général où le nombre de jeunes qui ont déjà fumé est moins élevé. Si la majorité des jeunes ne sont pas des fumeurs réguliers, 15 à 20% fument régulièrement (au moins une cigarette par semaine). Chez ceux-ci, la différence entre les types d'enseignement est très marquée et le pourcentage de gros fumeurs augmente discrètement depuis 1990. Globalement, il apparaît donc que garçons et filles gardent des comportements similaires par rapport au tabac et, après une diminution des comportements tabagiques en 1988-1990, il y a une remontée légère mais régulière pour toutes les modalités de comportements : essai, tabagisme régulier, tabagisme important.

Comme le tabac, mais de manière plus précoce, on observe pour l'alcool qu'après une diminution en 1988, les chiffres remontent depuis 1990. L'habitude de boire (au moins une fois par semaine) est nettement plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Elle augmente avec l'âge et est légèrement plus fréquente dans l'enseignement technique et professionnel. Parmi les buveurs hebdomadaires

d'alcool, 25% boivent plus de 7 verres par semaines et la proportion de jeunes consommant plus de 2 verres par jour a pratiquement doublé entre 1988 et 1994.

En 1994, on peut considérer que 19% des jeunes ont touché à une drogue et que 10% sont des utilisateurs réguliers. Parmi les 19% de jeunes qui ont déjà essayé une drogue, 55% en 1988 et 83% en 1994 ont en fait « touché » au cannabis. Pour cette substance il n'y a pas, contrairement à l'ensemble des autres drogues, de gradient entre les trois types d'enseignement.

2.1.1.1.6 Santé

La santé est d'abord définie par les jeunes comme un bien-être physique (24,7% tableau 1) avec ses synonymes : être en forme, avoir des forces, respecter son corps, avoir un « beau corps ». La santé est ensuite définie en référence à son contraire : la maladie et la consultation médicale (18%). Etre en bonne santé signifie ne pas être malade, ne pas devoir prendre de médicaments. En troisième lieu, les jeunes associent la santé à l'hygiène de vie, incluant les comportements de santé, l'alimentation et l'absence d'assuétude (18%). Le bien-être psychologique récolte quasi autant de suffrages : être en bonne santé, c'est être « bien dans sa peau », « ne pas avoir de problèmes psychologiques », « être bien avec les autres » « ne pas avoir de stress », « c'est vivre avec un certain équilibre ». Si la grande majorité des jeunes se sentent en bonne santé entre 86 et 94, ce sentiment devient moins fréquent avec l'âge. Inversement, le sentiment d'être en mauvaise santé est plus présent chez les filles que chez les garçons dès 11 ans et les jeunes de l'enseignement professionnel sont plus nombreux à se déclarer en mauvaise santé que les jeunes de l'enseignement technique, et ces derniers plus nombreux que les adolescents de l'enseignement général.

« Qu'est-ce que cela veut dire pour toi, la santé ? »	%
Le bien-être physique	24,7
L'absence de maladie et de consultation médicale	17,9
L'hygiène de vie	17,7
Le bien-être psychologique	17,4
La capacité d'agir	9,9
La santé, valeur fondamentale	8,7
Divers	4,6
Total	100,0

Tableau 1 d'après Godin et al²³ : Définitions de la santé.

Malgré cette sensation globale de bonne santé, beaucoup de jeunes disent souffrir souvent de différents maux : mal de tête, d'estomac, de ventre, de dos. Dans 65% des cas, ils ont consulté un généraliste au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Inversement, alors qu'une visite annuelle chez le dentiste est souhaitable, seulement 60% des enfants de 10 ans ont effectué cette visite au cours de l'année précédente. Le fait de ne pas avoir consulté un généraliste durant l'année écoulée (35% des élèves) est en relation avec le sexe, l'âge, la qualification professionnelle du père et la filière d'enseignement suivie.

Les médicaments contre la douleur viennent en tête de la consommation des jeunes avec près de 30% des jeunes qui en consomment au moins 2 fois par mois. Les médicaments contre la fatigue viennent en seconde position (13%). Les enfants de cadres et de professions supérieures, ainsi que ceux dont les parents sont séparés, sont aussi plus fréquemment des consommateurs que les autres. Si la consommation de médicaments est une réponse fréquente à un mal de tête, d'estomac ou de ventre, même occasionnel, la consommation globale de ces médicaments varie peu, ou même diminue.

Pour ne pas être malades, les jeunes préconisent de manger convenablement, vivre sainement, se couvrir avant de sortir et ne pas prendre froid. Le tabac est cité en premier lieu comme cause des maladies cardio-vasculaires ; il représente 40% des premières réponses. Ensuite viennent le stress et l'alimentation. Les jeunes de 16 ans incriminent davantage l'alimentation : (15% des 16 ans, 9% des 13 ans) et les antécédents familiaux (11% et 6% respectivement). Les 13 ans citent plus fréquemment le tabac. Le manque de sport est plus souvent souligné par les garçons ; les composantes familiales (hérédité) et l'âge par les filles. Dans l'enseignement professionnel, c'est le tabac et le stress qui sont surtout cités ; dans l'enseignement général, une mauvaise alimentation. Globalement, le rôle de l'alimentation dans la genèse des maladies cardio-vasculaires est sous-estimé. Si plus de la moitié des élèves déclarent avoir reçu de l'information relative à la santé sur l'alcool, le tabac, la drogue, l'alimentation et la sexualité, un quart à un tiers d'entre eux en demandent davantage en ce qui concerne la drogue, l'alimentation et la sexualité. Sauf en ce qui concerne la sexualité, les filles sollicitent toujours plus d'information que les garçons.

A la question « La santé, est-ce une question de chance ? », une courte majorité (56%) répond négativement et s'estime par là acteur et responsable de sa santé. Par

contre, un peu plus d'un quart (26%) répond par l'affirmative et estime que la santé est effectivement une question de chance (le hasard ou la fatalité). Les 18% restant déclarent ne pas pouvoir répondre. La proportion de jeunes attribuant un rôle déterminant à la chance augmente avec l'âge, les 13 ans étant les moins nombreux à lier la santé à la chance avec un gradient social (revenus des parents) et d'orientation scolaire : la proportion de jeunes liant santé et chance est trois fois plus élevée dans l'enseignement professionnel.

2.1.1.1.7 Santé mentale

Si dans l'ensemble les plaintes de type somatique diminuent, stress et fatigue matinale ont plutôt tendance à augmenter. Un nombre important de jeunes déclarent en effet avoir souffert au cours des 6 derniers mois de phénomènes de nervosité, d'insomnie, de sensation d'être « à plat » et de fatigue matinale. Les filles sont plus nombreuses à exprimer ces plaintes, plaintes qui deviennent aussi plus fréquentes avec l'âge et le type d'enseignement. Quand ils se sentent seuls ou « à plat » les jeunes sont souvent moins bien intégrés que les autres à l'école et dans la famille. Le vécu dépressif des jeunes est important puisque 30 % ne se disent pas heureux (tableau 2), 20% disent souffrir de solitude, 50% veulent changer leur corps, 34 % ont déjà envisagé de se suicider, 10% disent avoir essayé et 20% ont déjà consulté un spécialiste. Ce vécu augmente avec l'âge surtout chez les filles. Les inégalités sociales vis-à-vis de l'estime de soi sont très manifestes : les jeunes issus de milieux moins favorisés développent beaucoup plus souvent une image négative. Il existe également des différences nettes en fonction du type d'enseignement et du sexe. Les garçons ont apparemment une image d'eux-mêmes plus positive que les filles et l'image de soi positive est associée avec la pratique d'un sport. Les enfants qui ont une mauvaise estime de soi sont plus nombreux que les autres à consommer tous les jours à la fois des chips, de la limonade et des bonbons.

Comme la consommation de médicaments contre la douleur diminue, la consommation de médicaments à but psychoactif tend à diminuer également, sauf celle de médicaments contre la fatigue. La proportion de « grands consommateurs » reste stable avec une prépondérance chez les filles, les élèves les plus âgés, les jeunes de l'enseignement professionnel.

	n	13 ANS 1670	15 ANS 676	17 ANS 1559
Heureux ou très heureux		81	75	76
Communication aisée avec le père en cas de problème		40	36	37
Communication aisée avec la mère en cas de problème		66	62	62
Facile ou très facile de faire des amis		77	76	74
Confiant en soi		73	66	65
Se sent rarement ou jamais seul		80	77	79

Tableau 2 d'après Piette et al²¹ : taux standardisés en % des jeunes qui, en 1994, présentent certaines caractéristiques du bien-être psycho-social, par âge.

2.1.1.2 Conclusion

Des cris d'alarme de pédiatres, d'éducateurs ou d'autres professionnels ont déjà révélé l'accroissement de problèmes tels que obésité, violence, toxicomanie, alimentation déséquilibrée, symptômes dépressifs. On constate aussi statistiquement à travers les indicateurs une détérioration pour les paramètres tels que : la consommation de fruits et légumes, le tabac, l'alcool, le cannabis et le « stress ». A part la consommation de fruits et légumes, les indicateurs qui se dégradent le plus dans le temps sont principalement ceux relatifs à la santé mentale.

Outre l'analyse des données des indicateurs, ces études ont également montré l'existence d'adolescents chez qui les comportements sont associés entre eux (tableau 3 et 4) ce qui montre l'importance de considérer les lieux de cohérence entre comportement, comme le mode de vie, mais aussi à travers l'attitude face à la santé. Ces constatations semblent de plus se retrouver dans d'autres pays que la Belgique.

PAYS	USA	SUISSE	FRANCE	BELGIQUE
N	12.118	9.268	12.391	15.347
Auteurs	Resnick et al ²⁵ , 1997	Narring et al ²⁶ , 1994	Choquet et al ²⁷ , 1994	Piette et al, 1997
Plaintes somatiques (céphalées, doule.abd., fatigue)		20-40%	20%	30-40%
Insatisfaction à propos du poids		50%	17%	42%
Maladie chronique ou Handicap physique			9%	7-8%
Absentéisme scolaire répété			13%	10%
Troubles de l'humeur	18%		21%	30-40%

Tableau 3 d'après Bourguignon et al²⁸ : Incidence de quelques problèmes de santé de l'adolescent avec problèmes somatique possible : enquêtes nationales

PAYS	USA	SUISSE	FRANCE	BELGIQUE
Violences physiques, traum	24%		15%	32%
Idées suicidaires	9%	18%	9%	
Tentative de suicide	4%	3%	7%	
Relations sexuelles non protégées	47%			80%
<14 ans				21%
< 18 ans	37%	50%		57%
+ Grossesse non désirée (IVG)	7% (1/5)	6%		
Drogues illégales : expérimentées	25%	40%	14%	19%
Consommation régulière	6%	20%	9%	10%

Tableau 4 d'après Bourguignon et al²⁸: Incidence de quelques problèmes de santé de l'adolescent en association avec des comportements à risque : enquêtes nationales

C'est ainsi que les jeunes qui n'aiment pas l'école sont plus nombreux à manger hors de l'école pendant le temps de midi et sont aussi ceux qui sont les plus nombreux à manger chaque jour un hamburger et/ou des frites. On peut constater également que les jeunes brosseurs occasionnels diffèrent des non-brosseurs en ce qui concerne d'autres caractéristiques comme le tabagisme régulier (au moins une fois par semaine), l'ivresse (deux fois ou plus), et le port de la ceinture de sécurité (toujours). Avoir des relations sexuelles avant 14 ans, fumer du tabac ou du cannabis régulièrement dès 12, 13 ou 14 ans, passer beaucoup de temps hors de la maison, les soirs de semaine et les week-ends, fréquenter des jeunes plus âgés, toutes ces caractéristiques forment le tableau de ceux qui entrent tôt, trop tôt, dans un rôle « d'adulte ». De même, le manque d'estime de soi, le manque de confiance en soi et la croyance en un lieu de contrôle externe tel que la chance appliquée à des situations spécifiques (exemple : croire qu'on n'est pas capable d'arrêter de fumer) est associé avec une intégration faible ou médiocre dans la famille ou l'école, une forte influence de tiers ayant eux-mêmes adopté des comportements à risque et une difficulté à de se projeter dans le futur.

Bien que ces études nous renseignent sur certains mécanismes qui président au fait qu'un jeune va adopter un comportement (données socio-familiales, données sur la croyance dans la « chance » ou sur les comportements croisés) en faveur de la santé, elles ne permettent certainement pas de comprendre pourquoi cela sera le cas ou non. Nous obtenons avec ce type d'étude beaucoup plus une photo instantanée des comportements de la santé qu'une analyse de leurs causes. La difficulté est alors d'avoir des indicateurs de la santé suffisamment fonctionnels pour

pouvoir être testés. Or, une des difficultés pour l'étude des phénomènes de la santé est que sa conceptualisation est sans cesse prise dans des problèmes d'objectivation, problèmes qui résultent de l'endroit source de l'objectivation même. Ce n'est pourtant qu'à partir de là que les auteurs peuvent proposer des définitions et des critères plus ou moins pratiques. Globalement deux grand types de critères existent : des critères externes à l'individu (c'est-à-dire partant du pathologique pour définir le normal) et des critères internes c'est-à-dire en fonction des relations qu'entretient l'individu avec son système écologique. Un troisième critère a plus récemment été proposé, c'est celui de l'autonomie.

2.1.2 Critères internes, externes et d'autonomie

Il faut d'emblée remarquer que parler de la santé comme d'une entité unique est sans doute obsolète. Nous avons tous des maladies successives ou simultanées et des prédispositions vis-à-vis de facteurs multiples. Il y a actuellement d'innombrables sujets porteurs de maladies contrôlées et qui sont dans un état de santé « contrôlé ». Pour tous ces sujets l'expression « tomber malade » garde néanmoins un sens. Une affection aiguë, intercurrente, voire une autre affection chronique peut les mettre en état de maladie. Subjectivement et objectivement ils passent de l'état de santé à l'état de maladie. Contrairement à ce que laisse penser la définition de l'O.M.S. où la santé est « non seulement l'absence de maladie mais un état de complet bien-être physique et moral », ils sont en état de santé bien que malades. Dans les pays développés, de tels sujets représentent même la majorité de la population. A partir d'un certain âge il est fréquent d'avoir un trouble de la réflexion oculaire, une carie dentaire, une anomalie de l'électrocardiogramme. Il y a donc indépendamment des critères de la santé choisis, une notion de plurifactorialité des santés à grader à l'esprit.

2.1.2.1 La santé du point de vue médical

Les premières tentatives de définition scientifique de la santé individuelle sont élaborées par Cl. Bernard et A. Comte (Malherbe 1980)¹ et partent d'un point de vue externe à l'individu. Pour définir la santé, Comte déplace le problème de la santé à la normalité et plus particulièrement aux liens qui existent entre normal et pathologique ; ensuite il définit le normal en partant du pathologique. Il pose que le pathologique n'est que le prolongement d'un état physiologique normal. Ainsi la

pathologie est définie par les préfixes hyper ou hypo. C'est la découverte du principe de « consensus » qui, repris par Cl. Bernard et ses études sur la glycémie, deviendra l'homéostasie. Le raisonnement est fréquent en médecine, il suffit de penser aux symptômes tels que polyurie, hypophagie,.... Si l'intérêt d'une telle position est de sortir de l'opposition animé / inanimé, vie / mort, sain / malade, il reste deux problèmes à cette position : premièrement la non-continuité apparente de certaines situations comme les maladies infectieuses et deuxièmement que les critères de santé ne découlent que de leur « non-normalité ». Le point de vue externe de l'individu est donc, dès les premières définitions, marqué par sa négativité : si un individu n'est ni hyper ni hypo il est donc normal ! Dans ce processus tout se passe comme si la médecine donne à la physiologie le concept d'homéostasie qu'elle lui reprend comme justification à sa thérapeutique. Canguilhem (1998)²⁹ change radicalement ce point de vue : il part de l'intérieur de l'individu, de ce qui est « compatible avec la vie ». Partant de la comparaison entre physique et médecine il constate qu'en physique, le concept de médicament n'existe pas. Un médicament a pour but de ramener les propriétés à leur état naturel, or les propriétés physiques ne perdent jamais cet état. C'est ce qui permet à Canguilhem de dire qu'il y a une normativité biologique en médecine, normativité définie par la vie elle-même et qui, en termes humains, est le « silence des organes ». C'est la vie elle-même et non le jugement médical qui fait du normal biologique un concept de valeur. Dans cette perspective il y a néanmoins une limite inférieure au normal. Par exemple, il dit : « l'anomalie ou la mutation expriment d'autres normes possibles. Si ces normes sont inférieures quant à la stabilité, à la fécondité, à la variabilité de la vie, aux normes spécifiques antérieures, elles seront dites pathologiques. Si ces normes se révèlent éventuellement dans le milieu équivalent ou dans un autre milieu, supérieures, elles seront dites normales. Leur normalité viendra de leur normativité ». La santé se définit alors comme un volant régulateur des possibilités de réactions du vivant. Le normal n'est pas une rigidité mais une certaine souplesse de la norme qui permet l'adaptation à des conditions individuelles. Autrement dit encore il n'y a pas de normal et de pathologique, c'est la vie elle-même qui dicte les normes et ce sont les variations des conditions de vie qui nécessitent une adaptation constante de l'individu, voire qui « provoquent » un état pathologique. Le malade est alors malade en ce qu'il est incapable d'être normatif mais pas par absence de normes. La moyenne s'avère donc, dans ce critère interne, subordonnée à la norme et non

l'inverse. Cette notion rappelle les positions de Kant (1790)³⁰ et de Jaspers (1933)³¹ qui font de la santé une absence de sensation et de la maladie un empêchement de vivre (un empêchement de l'absence de sensation).

2.1.2.2 La santé du point de vue social

En transférant le problème de la santé à la sociologie on retrouve les deux critères interne et externe. Le critère externe : c'est la santé de la société qui établit la norme. Toute société est considérée normale dès l'instant où elle fonctionne. La pathologie individuelle n'est, dans ce cas, qu'une question « d'inadaptation » individuelle. Le point de vue du critère interne, défendu par Fromm³², est qu'au contraire il existe des sociétés pathogènes et non-pathogènes. Dans cette perspective, le fait que les hommes soient sains ou non est ce qui permet de juger de l'état de santé de la société. La société est saine si elle apporte des conditions favorables à la réalisation de l'état de santé de l'homme. A l'inverse, plus une société fournit des normes, c'est-à-dire est normative, plus elle exige un ajustement de l'homme et plus elle exclut ceux qui ne peuvent s'y astreindre. Dans le premier cas de figure « société dite saine à partir du moment où elle fonctionne », la maladie mentale est inhérente à l'individu. La société est dans ce cas juste un élément qui favorise éventuellement l'expression de la maladie. Cette façon de voir rend l'homme porteur de la maladie. Dans le deuxième cas de figure, « la société pathogène », c'est la société qui rend l'homme malade. Cette dialectique ramenée au problème de l'adolescence donne deux discours. Soit, dans la figure société « fonctionnelle = saine » l'adolescence est décrite comme une période difficile de la vie ; soit dans la société « pathogène », notre société a les adolescents qu'elle mérite.

L'idée que la maladie mentale et la société sont liées est plus ancienne que les travaux de Fromm ou de l'antipsychiatrie (Laing, 1970³³ et Cooper, 1970³⁴) puisqu'elle a déjà été évoquée au 19^{ième} siècle par Binswanger dans son ouvrage « Die pathologie und therapie der neurasthenie » (1896), et par Krafft-Ebing (1897)³⁵. Tous deux font de la neurasthénie une maladie liée à la vie moderne. De même, la notion d'une nécessaire adaptation de l'individu à son environnement persiste au-delà de l'antipsychiatrie puisqu'on la retrouve dans les travaux anglo-saxons relatifs aux "coping styles"³⁶. On retrouve également cette notion d'adaptation normative dans le concept piagétien d'accommodation ou dans celui des mécanismes de défense de la psychanalyse.

Indépendamment de la logique qu'on suit, les deux raisonnements ont leurs impasses. Le problème de la « société normative » est qu'il est difficile d'établir un lien clair entre société et pathogénie. Une société peut être reconnue comme fonctionnelle par ses membres et peut, par ailleurs, promouvoir l'alcool ou la cigarette. Comme beaucoup d'hommes fument et boivent on peut dire que la société, tout en étant admise comme fonctionnelle, entraîne un cancer sans que celui-ci ne soit attribué à l'organisation sociale. Le lien peut être d'autant plus difficile à faire que la société met en place une série de mesures pour lutter contre la pathologie qu'elle engendre (ce qui la rend encore plus « aliénante »). Par exemple, aux stress et aux inadaptations sociales qu'elle engendre, la société répond par, au mieux, des médicaments psychotropes, au pire, par de l'alcool, du tabac ou d'autres drogues. La position de l'homme comme normatif n'est certainement pas plus facile à tenir. Que serait un homme normal en dehors de toutes influences socio-familiales. Freud (1939)³⁷ lui-même évoque la possibilité que tout développement culturel parce qu'il introduit des lois (la minimale étant l'interdit du meurtre³⁸), entre en conflit avec le développement individuel.

Les implications de ces deux logiques dans l'organisation de la santé publique sont fondamentales. Si on traite l'ulcère ou le cancer du poumon ou même si on remonte d'un cran la chaîne, luttant par exemple contre le tabac, l'alcool, le stress, ne va-t-on pas susciter l'apparition d'autres pathologies et inversement si on traite la société, est-ce qu'on est rentable ? La première attitude (lutter contre le tabac, le stress...) consiste à dire : puisque l'agent de soins de santé primaires représente le premier contact avec le système de santé, il est indispensable qu'il puisse non seulement reconnaître les symptômes mais aussi introduire la promotion de la santé dans une tâche quotidienne. La deuxième (traiter la société) est évoquée dans les pays en développement et consiste à dire : l'urbanisation accélérée et les influences occidentales sont la raison première de l'augmentation des cancers (augmentation des cancérogènes), des cardiopathies (modification du régime alimentaire,...) des M.S.T. et des accidents dans ces pays (cfr tableau 5). L'OMS insiste donc depuis 1988 sur la nécessité d'un environnement propice aux critères internes de la santé³⁹. « Lorsqu'un homme troque son sarong contre un pantalon, il y a de bonnes chances qu'il se mette aussi à fumer ». Il s'agit là de la notion des « nouvelles maladies non transmissibles, transmissibles ». Il faut créer, dit l'OMS, « une société dans laquelle l'individu puisse plus facilement faire les bons choix pour sa santé...

Une santé publique nouvelle selon laquelle la santé serait considérée en termes de bien-être et pas de non-maladie ». La maladie comprend dans ce cas toutes les valeurs négatives possibles.

1990		2020	
Infections respiratoires	8.2%	Maladies cardiaques ischémiques	5.9%
Diarrhée	7.3%	Dépression majeure	5.7%
Mort périnatale	6.7%	Accidents de la route	5.1%
Dépression majeure	3.7%	AVC	4.4%
Maladies cardiaques ischémiques	3.4%	Maladies pulmonaires chroniques	4.2%
AVC	2.8%	Infections respiratoires	3.1%
Tuberculose	2.8%	Tuberculose	3%
Rougeole	2.7%	Guerre	3%
Accidents de la route	2.5%	Diarrhée	2.7%
Malformations congénitales	2.4%	HIV	2.6%

Tableau 5 : prévision des « disability-adjusted life year » dans les pays en voie de développement d'après l'O.M.S.⁴⁰

Le débat du choix des critères internes ou externes semble donc aujourd'hui bien dépassé et est plus à la recherche d'un consensus. En effet il faut bien remarquer, même si on est un grand défenseur du primat de l'individu sur la société, que la santé a besoin des autres. Le colloque singulier médecin - malade n'est plus (n'a jamais été ?) possible. Le malade a besoin d'une société qui lui fournisse un médecin instruit, capable de l'examiner, de dépister ses maladies actuelles ou latentes. La santé a besoin d'institutions sociales qui contrôlent l'environnement. Le médecin ne peut rien sans équipements techniques, sans industrie pharmaceutique, sans moyens financiers donnant à son malade la couverture de ses soins et un revenu d'inactivité. Inversement, le médecin ne peut rien sans la discipline thérapeutique du malade. La santé dépend donc de multiples facteurs qui vont de la prise en charge du malade par lui-même à la prise en charge par la société et par le médecin. Dans cette logique il y a non pas un mais des facteurs pluridéterministes susceptibles de permettre à l'individu de maintenir un équilibre dynamique dont les santés et la santé mentale en particulier, sont les résultantes.

2.1.2.3 La santé mentale

Si le concept de santé est complexe, celui de maladie mentale l'est encore plus au point où la classification internationale des maladies de l'O.M.S.⁴¹ se garde d'en proposer une définition. Le DSM III et les versions ultérieures n'ont pas fait mieux puisqu'on peut y lire : « Bien que ce manuel donne une classification des troubles mentaux, il n'existe aucune définition satisfaisante des limites précises et du concept de trouble mental ». Ceci justifie d'ailleurs l'abandon du concept de maladie mentale au profit de celui de trouble mental. Les DSM I et II ne faisaient pas mieux avec des critères de santé orientés vers un fonctionnement interne non douloureux (cfr chapitre 2.1.2.3.2), critères qui leur ont valu les attaques des années septante. Ces attaques portent moins sur la façon dont la psychiatrie prodigue ses services ou sur l'efficacité de ses traitements que sur la validité de son système de classification et donc sur un de ses fondements. L'élaboration du DSM I et du DSM II avait répondu principalement à des intérêts administratifs extérieurs et à la recherche d'un consensus professionnel. L'accent y était mis davantage sur l'importance du champ d'application, sur le soutien et l'acquiescement des cliniciens à la description des tableaux cliniques que sur la validité scientifique. Il est évident qu'au dernier quart du XXème siècle ce type d'épistémologie ne jouit pas d'une bonne position dans un environnement moderne où les critères scientifiques d'investigation et de preuve constituent la structure du discours. Elle ne peut plus négliger, à ce moment, les critiques des sociologues et des comportementalistes sur la crédibilité de sa nosologie et en particulier sur la question de la validité de ses diagnostics⁴². Quelle est la validité du concept des « maladies mentales », peut-il être défini de façon cohérente et logique et être ainsi formellement distingué de la « normalité » ?

La validité, en particulier la validité de contenu, et la validité prédictive sont des notions importantes dans les sciences sociales et comportementales. La validité d'un concept se distingue de ces deux types de validité parce qu'elle pose des questions fondamentales sur la nature de la réalité observée. Ainsi questionner le sens du concept de maladie mentale, comme d'ailleurs celui de nombreux concepts relativement abstraits tels l'intelligence ou l'anxiété, revient à questionner la validité du concept même. Ces questions, d'une remarquable difficulté, continuent d'ailleurs à exciter l'imagination des théoriciens en santé mentale aujourd'hui encore^{43, 44}. A l'époque donc, faute de pouvoir répondre à la question de la validité du concept, la

psychiatrie va tenter d'y substituer la question de la fiabilité du diagnostic. Le problème de cette stratégie est que le fait de disposer d'une procédure opérationnelle pour déterminer si un phénomène appartient ou non à une classe, ne dit rien sur ce que représente vraiment le concept ou cette classe. Par exemple, même si les tests d'intelligence sont utilisés depuis des générations, il existe toujours d'importants désaccords sur la nature du concept « intelligence ». La réponse fréquente, évoquée par Binet lui-même, selon laquelle l'intelligence est ce qui est mesuré par le test du Q.I. est une manière d'éviter l'épineux problème de la validité du concept. Il s'agit d'une tentative de se servir d'une technique de mesure afin de résoudre – ou plus exactement afin d'esquiver – le problème conceptuel. La classification n'est en effet, sous son acceptation la plus brute, qu'une forme de mesure fiable ou non, pour déterminer si un phénomène dispose des caractéristiques particulières qui le font appartenir à une classe.

2.1.2.3.1 Prépondérance des Critères externes : les troubles catégoriels

Faute de pouvoir répondre à la question de la validité, la psychiatrie va tenter de répliquer que ce qui est fiable a déjà plus de chance d'être valide que ce qui ne l'est pas. Pour ce faire, le nouveau système de classification doit avoir deux qualités, il doit être non seulement simple et efficace mais aussi consensuel. En effet, pour rencontrer le souci de fiabilité il faut que des cliniciens d'origines théoriques différentes fassent, par rapport à une réalité clinique commune, le même diagnostic. La nouvelle classification doit donc être indépendante de toutes théories non seulement parce qu'aucune théorie ne fait unanimité mais aussi parce que la psychiatrie ne peut se tourner vers la biologie comme principe organisationnel. Les hypothèses biologiques des fondements des pathologies psychiatriques sont encore insuffisantes. La nosologie n'est donc plus organisée sur un modèle étiopathogénique (critère interne), elle s'arrête au niveau d'ensembles symptomatiques (identifiables de l'extérieur), qui sont sensés avoir une existence propre, clinique, diagnostique, thérapeutique, indépendamment des étiologies. Le DSM III et suivants comprennent l'exposé continu de maladies qui ne sont pas sur les mêmes plans. Il s'agit donc d'un système de classification à partir de la constitution d'entités syndromiques. Et, pour être fonctionnelles, les entités d'une telle classification doivent avoir un certain nombre de propriétés : elles doivent être constituées de manière uniforme par l'association de signes et symptômes

fondamentaux et donc facilement reconnaissables. Autrement dit, le syndrome est essentiellement descriptif, il ne préjuge pas de la cause et appartient aux modèles catégoriels de classification⁴⁵. Un sujet présente ou pas un syndrome (critère externe). Les situations intermédiaires n'existent pas ou du moins doivent être très peu nombreuses. On rencontre donc, en plus de l'a - théorie, la première condition de fiabilité : la simplicité. Bien que ce système ait été adopté, il existe néanmoins encore un certain nombre de critiques :

- La volonté de rompre avec la nosologie introduite par la psychogénétique psychanalytique et ses tentatives explicatives a eu pour conséquence de rompre le peu de cohérence de la nosographie.
- Il y a un manque de consensus dans l'élaboration des syndromes⁴⁶, par exemple pour la psychose⁴⁷ mais aussi pour la pédopsychiatrie⁴⁸.
- Il y a un manque de consensus dans l'élaboration des critères^{49, 50, 51, 52, 53}.
- La fiabilité reste discutable^{54, 55, 56, 57, 58}.
- Et enfin, si un tel système s'avère particulièrement efficace pour toute une série de troubles et en particulier pour les affections mentales aiguës, par contre, pour d'autres, comme les troubles de la personnalité, l'emploi exclusif d'un critère catégoriel est nettement plus compliqué et laisse entière la question de la frontière entre normal et pathologique⁵⁹.

2.1.2.3.2 Prépondérance des Critères internes : les troubles dimensionnels et le Critère d'autonomie

Les maladies mentales chroniques et en particulier les troubles de la personnalité possèdent, dans le système DSM III et suivant, comme les autres troubles, des critères catégoriels. Toutefois, ce qui est particulier aux troubles de la personnalité voire même aux troubles du comportement (troubles du contrôle des impulsions, troubles anxieux, troubles de l'adaptation, troubles sexuels, troubles des conduites alimentaires⁶⁰) c'est qu'il s'agit de troubles liés à des caractéristiques qui, avec une intensité variable, peuvent se rencontrer chez tout individu. Si l'on veut exprimer de façon statistique le modèle auquel ils répondent, on doit faire appel à la notion dimensionnelle du trait. Les individus se distribuent de manière normale pour chaque trait et on considère comme pathologiques ceux qui se situent au-delà d'une certaine fréquence. Ce n'est donc pas un modèle catégoriel mais dimensionnel.

L'introduction, à côté du modèle catégoriel de troubles, de la notion de dimension n'est évidemment pas possible pour la constitution d'une nosologie syndromique. L'effort qu'a donc tenté de faire le DSM III est de transformer les traits en symptômes catégoriels (présents ou absents) au prix d'une perte de validité des concepts^{61, 62, 63}. Cette perte de validité se situe au niveau du concept même de maladie. Si une entité n'est que la somme de la présence de traits existant dans une population normale, plus rien ne justifie son existence dans un traité de pathologie syndromique. Le DSM est alors obligé de réintroduire la notion même de maladie, ce qu'il fait par le concept de souffrance. On peut ainsi y lire «les traits de personnalité ne constituent des troubles de la personnalité que lorsqu'ils sont rigides, inadaptés et responsables soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective ». Ce retour renvoie évidemment aux présupposés sociaux. Si l'agoraphobie est dans notre société pathologique, la phobie des serpents, qui affecte presque 90 % des individus, ne l'est pas car elle n'entraîne aucune incapacité ni aucune souffrance. C'est, nous l'avons vu, sur ce type de raisonnement que l'homosexualité, qui est indiscutablement une déviation par rapport à la norme statistique hétérosexuelle, a été exclue de la nosologie. On redécouvre donc avec les maladies dimensionnelles, que les malades (normativité interne) priment sur les maladies (normativité externe). L'apport des psychanalystes, dans ce domaine, est justement d'avoir remis en cause ce concept de normalité et de pathologie en gardant toutefois le concept d'espèce morbide^{64, 65}. La normalité et la pathologie, dans la nosographie psychanalytique, ne sont pas définies par un rapport d'exclusion mais d'indissociabilité. Le « pathos » est considéré comme le propre de l'être humain, il est un des modes de fonctionnement possibles de sa psyché. Les psychanalystes ont donc, en partant de critères internes, dû ajouter un critère externe mais un critère externe négatif, un critère de non pathologie. Ce critère externe de santé était, au début avec Jung (1913)⁶⁶ et Minkowski (1938)⁶⁷, l'adaptation à la réalité et au social. Rapidement toutefois ce critère a disparu et la normalité n'a plus été définie que par des critères internes. C'est ainsi que Freud, en 1931⁶⁸, essaie de démontrer que la personne saine est structurée sur un mode érotique – obsessionnel - narcissique. Dans cette logique, ses successeurs montrent que les étapes du développement psychogénétique normal comprennent des traits psychopathiques. Klein (1934)⁶⁹ le fait à partir des positions schizo – paranoïde et dépressive de l'enfant et A. Freud (1968)⁷⁰ détaille les enjeux de l'expérience

œdipienne et de l'économie pulsionnelle. Un inconscient qui fonctionne sans angoisse invalidante est alors considéré comme un indice de normalité⁷¹. En 1940 S. Freud⁷² (œuvre posthume) revient sur son premier point de vue pour dire « il est impossible d'établir scientifiquement une ligne de démarcation entre états normaux et anormaux ». Diatkine (1972)⁷³ repartant de cette observation fait remarquer que toute situation nouvelle nécessite un nouvel équilibre psychique et que le sentiment d'auto-appréciation du sujet exprime la réussite du processus ou non⁷⁴. La normativité se retrouve « coincée » entre d'une part le monde intérieur avec sa vie pulsionnelle et ses défenses – mécanismes d'adaptation - et d'autre part la réalité externe⁷⁵. Quatre situations peuvent alors être décrites suivant le secteur de la vie malade :

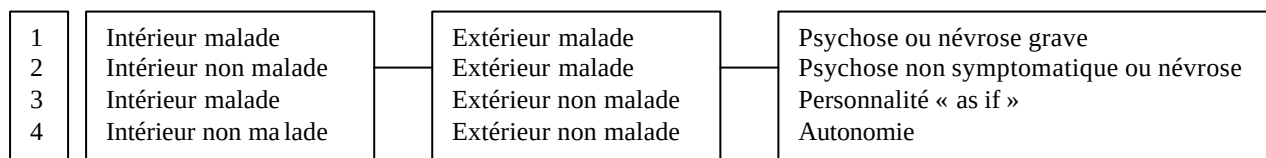


Figure 2 : rapport du normal et du pathologique en santé mentale

La situation la plus péjorative - 1 - est certainement l'existence de dysfonctions externes et d'une souffrance interne comme on en rencontre dans les psychoses ou dans les névroses graves. La situation n°2 est caractérisée par un manque d'adaptation externe afin de préserver la cohérence interne comme on le voit banalement dans le compromis névrotique. La situation n°3 est caractéristique des personnalités « as if » de Deutsch (1957)⁷⁶ chez qui, au prix d'un manque de cohérence interne, l'adaptation externe est préservée. Enfin, la situation 4 est l'idéal d'équilibre.

Cette évolution des critères se caractérise donc par une réintroduction de la situation externe dans un rapport dialectique avec la cohérence interne en même temps qu'un effort d'autonomisation du sujet⁷⁷. Dans cette conception, la vie psychique est une « lutte » pour l'autonomie dans des successions d'adaptations, désadaptations, réadaptations et, dans cette lutte, certaines structures psychiques sont plus efficaces que d'autres. Cette définition introduit donc un troisième critère à côté des notions d'adaptation externe et de cohérence interne, le critère d'autonomie. L'autonomie décrit l'orientation idéale de la résultante des forces externes et internes. Depuis Pichot (1980)⁷⁸ elle est ce qui décrit le mieux les capacités d'auto-déterminisme des êtres vivants. Elle est la capacité de l'être vivant à acquérir des informations sur l'environnement, à l'incorporer tout en sauvegardant sa cohérence interne et donc à

se complexifier dans un état toujours métastable. L'autonomie n'est alors pas un état mais un processus de méta analyse par rapport à une double contrainte. Elle devient synonyme du mouvement de la santé et du sujet⁷⁹. Cette conception est à rapprocher des termes de health et de sanity de Winnicott (1969)⁸⁰ où health se définit en opposition à sanity⁸¹. La santé, health, étant une recherche toujours renouvelée d'un vrai self et sanity étant la fuite dans la « pseudo » santé des personnalités « as if ».

2.1.2.4 La santé pour l'adolescence

Le problème des critères de santé pour l'adolescence est encore plus complexe que celui pour la santé mentale, pour deux raisons. D'une part l'adolescent, plus qu'un autre individu, est dans des remaniements importants par rapport au critère d'autonomie et d'autre part, si l'adolescence est susceptible d'une définition biologique claire, aucune autre définition ne s'avère efficace. En effet, si la définition la plus simple est « une période de transition entre le monde de l'enfance et l'âge adulte », l'adolescence s'avère inconstante tant dans sa présence ou non, que dans sa durée ou son expression. L'adolescence varie non seulement en fonction des théories (cfr chapitre 2.1.2.4.2) mais surtout en fonction des époques et des sociétés⁸². De plus, le sujet sur lequel porte l'« adolescence » n'est pas constant non plus. Pour les psychodynamiciens d'influence psychanalytique le sujet de l'adolescence est focalisé sur l'adolescent ; pour les systémiciens et les familialistes, l'adolescent n'est qu'un des membres du système qui subit les modifications de l'adolescence au même titre que, par exemple les parents ; enfin pour les sociologues, l'adolescence inclut également la société de manière élargie (cfr mai 68) ou restreinte.

Les seuls points communs qui existent donc entre ces adolescences sont les changements biologiques de l'adolescent avec ses caractères primaires et secondaires liés aux modifications sexuelles. Dans notre société et à notre époque, ces modifications sont généralement interprétées comme l'élément déclenchant le processus socio-psychologique sous-tendant l'adolescence. Elles sont donc incorporées, mais à différents degrés, dans les 3 grandes théories psychodynamiques sur les modifications intrapsychiques de l'adolescence. Ces 3 théories de l'adolescence sont : la crise d'originalité juvénile de Debesse (1936)⁴, la crise juvénile de Mâle (1964)⁸³, la crise d'identité d'Erickson (1972)⁸⁴. Ces théories

ont été au fil du temps remaniées et enrichies par différents auteurs (Blos (1967)⁸⁵, Deutsch (1957)⁷⁶, Freud A. (1958)⁸⁶, Gedance & Ladame (1977)⁸⁷, Israel (1968)⁸⁸, Kaplan (1984)⁸⁹, Kestemberg (1962)⁹⁰, Laufer (1975)⁹¹, Masterson (1967)⁹²,...) chacun développant un axe plus spécifique. Mais, indépendamment de ce qui différencie ces auteurs, ils s'accordent tous pour attribuer un rôle déclencheur à la sexualité. Si cette théorie minimaliste commune fait « joint » entre biologie et psychisme^{93, 94} et est la première étape vers des théories qui ne concernent plus alors que le fonctionnement de la psyché, elle est loin d'être démontrée. En effet il y a dans la formulation de cette théorie une universalité qui n'est pas établie. L'on pourrait effectivement croire que comme tous les adolescents subissent ces modifications sexuelles biologiques, la poussée « d'intérêts » pour la vie sexuelle est universelle. Cette affirmation doit pourtant être nuancée. Ainsi, les études réalisées chez les Arapesh du Pacifique par Mead (1963)⁹⁵ montrent que dans les cas où depuis l'enfance, l'individu a été élevé dans un milieu non répressif pour l'activité sexuelle, les « hormones » n'ont pas d'effet de facilitation sur la libido et l'adolescent ne montre pas de surcroît d'intérêt pour la sexualité. Les études dans nos sociétés ont montré également que l'influence de la sexuation biologique est beaucoup plus complexe que le laisse supposer cette théorie, en particulier pour les filles. Ainsi, si celles qui ont eu un développement pubertaire précoce ou tardif se disent moins intéressées par la sexualité, elles présentent, par contre, une adolescence plus difficile notamment parce qu'elles se décrivent comme moins bien dans leur peau^{96, 97, 98}. De même les filles-mères se caractérisent par un retard d'acquisition d'identité sexuée, retard d'acquisition corrélé avec l'âge de la puberté⁹⁹. Inversement, pour les garçons, l'intérêt pour la sexualité et l'estime de soi est d'autant plus élevé que la puberté est précoce. D'une manière générale l'influence de la puberté sur l'adolescence n'est donc pas aussi déterminante que prévu à l'exception faite, peut-être, pour les troubles des conduites¹⁰⁰. L'apparition de ceux-ci s'avère en effet dépendante de l'âge de la puberté. La pulsion sexuelle est donc dans une relation complexe avec les facteurs hormonaux¹⁰¹ et avec la charge affective due aux transformations sexuelles¹⁰².

Au terme de ces considérations sur ce qui fonde l'adolescence on s'aperçoit que comme la définition de la santé dépend du social, l'adolescence est également largement déterminée par celui-ci. Aussi, si de tout temps la jeunesse a été un bien recherché, elle l'est tout particulièrement dans notre société qui, du fait de ses

mutations continues, exige de l'individu des vertus de dynamisme et de souplesse d'adaptation, vertus éminemment « jeunes ». Il est banal de constater une espèce de « renversement des valeurs », les adultes cherchant en quelque sorte à imiter les jeunes. Mais si l'adolescence s'avère être une valeur, l'adulte et la société sont ambigus. L'adolescent est, pour eux, en même temps un rival mieux armé et tout à la fois leur œuvre, c'est-à-dire le garant de leur valeur propre. La société définit alors l'adolescence non seulement dans sa composition (normativité interne) mais également dans ses marges d'acceptabilité (normativité externe) et par le même mouvement elle y place la psychiatrie. La définition des marges sociales de l'adolescence fait alors les définitions de sa santé. Cette situation a comme conséquence deux situations limites

- soit la psychiatrie définit les déviations de l'adolescence ; c'est une prépondérance des critères externes (chapitre 2.1.2.4.1)
- soit la crise d'adolescence est élevée en norme : c'est une prépondérance des critères internes (chapitre 2.1.2.4.2).

2.1.2.4.1 Prépondérance des Critères externes : du DSM III au DSM IV :

Le développement des critères externes dans les DSM III et suivant n'a pas été sans poser des problèmes aux praticiens de l'adolescence. Les modifications portent tant sur l'axe I que sur l'axe II pourtant nous limiterons notre examen à l'axe I parce que les changements de l'axe II ont été commentés dans le chapitre 2.1.2.3.1.

La nouvelle nosographie a non seulement été critiquée par l'American Association for Child and Adolescent Psychiatry¹⁰³ sur sa fiabilité^{104, 105} mais aussi sur la constitution des groupes¹⁰⁶ et sous-groupes¹⁰⁷ de diagnostic. De même les nouvelles échelles d'évaluation des facteurs de stress psychosociaux s'avèrent peu fiables si la notion de crise n'existe plus¹⁰⁸. En effet contrairement à ses prédécesseurs qui s'étaient largement inspirés du concept de crise, comme l'avait théorisé en 1952 Erikson⁸⁴, cette notion d'une crise interne « normale » qui peut mal évoluer, est abandonnée (annexe 3). Dans le DSM II il existe trois moyens de coder un adolescent qui présente une symptomatologie X.

- Le premier niveau de codage est les « troubles situationnels transitoires » dont la définition est : n'importe quelle expression symptomatique, pour peu qu'elle apparaisse transitoire et réactionnelle aux stress d'adaptation à une étape de la

vie. Le DSM II distingue ainsi les ajustements de la petite enfance, de l'enfance, de l'adolescence, de la vie adulte et de la fin de vie.

- Le deuxième niveau est constitué par les troubles du comportement de l'enfance et de l'adolescence. Ces troubles doivent être plus stables, plus structurels et plus résistants que les précédents mais moins que les troubles définitifs. Cette stabilité intermédiaire est attribuée à une fluidité plus grande des comportements durant cette tranche de vie.
- Le troisième niveau de diagnostic est l'emploi de la classification des adultes. Pour pouvoir l'employer le trouble doit avoir une structure plus définitive.

C'est par rapport à cette souplesse laissée au clinicien tant au niveau de l'appréciation du caractère réactionnel et transitoire des troubles qu'au niveau des critères diagnostiques définissant l'appartenance à l'un de ces trois degrés, que le DSM III apporte des contraintes. Tout d'abord les troubles transitoires réactionnels disparaissent pour devenir les troubles de l'adaptation dont les critères ne sont plus les tranches de vie mais n'importe quel facteur psychosocial de stress et surtout dont la symptomatologie ne peut être celle d'un des troubles de l'adulte. Les symptômes ne peuvent être que partiels par rapport au syndrome complet. Les troubles de l'adaptation sont donc d'abord catégorisés en fonction de la symptomatologie puis du facteur de stress et certainement plus en fonction des tranches de vie.

La deuxième possibilité de codage est également profondément changée. En effet les troubles du comportement de l'enfance et de l'adolescence du DSM II laissent place aux «troubles apparaissant durant la première et la deuxième enfance ou l'adolescence». Si la définition dans le DSM II laisse la souplesse au clinicien d'inclure des tableaux tels qu'on peut les trouver à l'âge adulte, ceci est, à nouveau, exclu pour le DSM III qui n'accepte plus qu'une série de troubles très spécifiques aux critères stricts. Si la symptomatologie correspond à une pathologie de l'adulte, ces troubles doivent être codés dans la nosographie adulte. De plus, alors que pour chacun des sous-groupes diagnostiques le qualificatif « réaction » est employé dans le nom de la pathologie du DSM II, celui-ci disparaît du DSM III. C'est ce manque de liberté des cliniciens qui est mis en évidence dans l'étude de Strober (1981)¹⁰⁹ et ce tant pour les troubles de l'humeur que pour la schizophrénie ou les troubles anxieux, même s'il trouve une fiabilité satisfaisante à ces nouvelles classes. On retiendra donc que ces critères externes, s'ils s'avèrent sensibles (détection des états pathologiques), ont une spécificité (distinction sain – malade) nettement plus

discutée. On retiendra également que les méthodes de recherche redoutablement efficaces liées à la méthodologie même des critères externes fournissent non seulement des échelles standardisées mais aussi des résultats qui rendent ce domaine de la psychiatrie incontournable (cfr chapitre 3.1 et 3.2). Ce qui manque vraisemblablement est une meilleure dialectique entre critère externe et interne (cfr chapitre 2.1.2.3.2).

2.1.2.4.2 Prépondérance des Critères internes : la crise d'adolescence - normalité

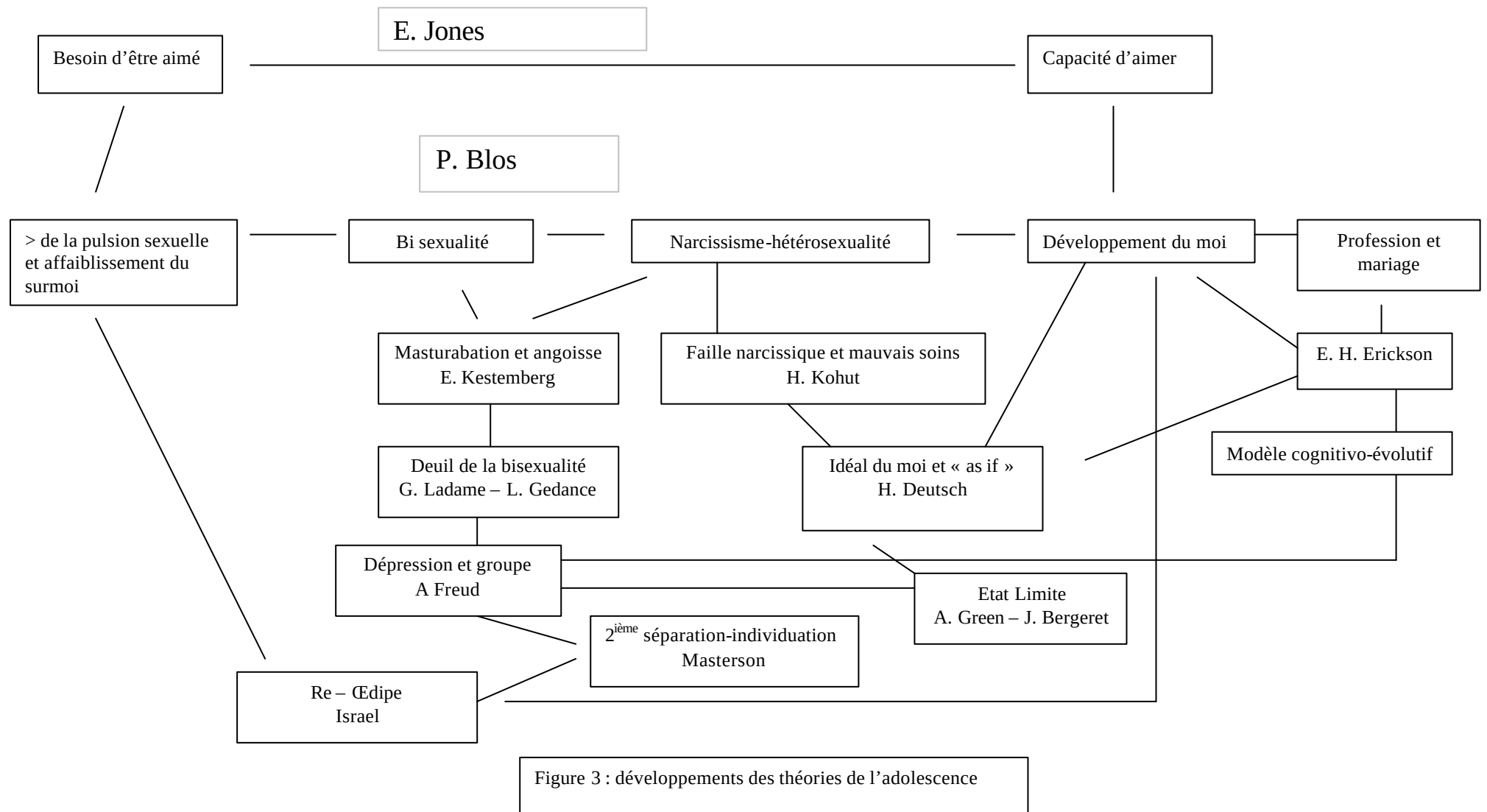
C'est Jones qui, pour la première fois en 1922¹¹⁰, a théorisé l'adolescence en la décomposant en 2 étapes. Dans sa suite Blos (1967)⁸⁵ a enrichi cette description en la détaillant en 5 étapes. De manière schématique on peut dire que les différents auteurs qui succèdent à ces deux pères ont enrichi ces stades en développant certains aspects au point où chacun de ces enrichissements est à la fois une relecture et un éclairage différent. Tous ces auteurs n'ont pas eux-mêmes développé une théorie de la crise mais ont fréquemment été incorporés dans les théories de la crise. Il existe 3 grandes théories qui sont :

- La crise d'originalité juvénile, qui est un modèle de compréhension psychologique
- La crise juvénile pubertaire, qui est un modèle de clinique - analytique
- La crise d'identité, qui est un modèle de compréhension psychosociale

A côté de ces 3 modèles « historiques » sont venus s'adjoindre 2 autres modèles :

- La crise comme modalité évolutive des analystes
- La crise des familialistes et des systémiciens.

Quelles que soient les différences entre ces théories qui semblent plus refléter les différences d'échantillons ou les présupposés théoriques ou encore l'époque de rédaction de l'ouvrage, un certain nombre de traits leur sont communs. Ces points communs sont, outre tel ou tel aspect psychodynamique qui peut être retrouvé dans différentes théories (cfr figure 3 & tableau 6), liés au départage du normal et du pathologique de la crise. Chacune de ces théories (cfr tableau 6) se développe en effet en deux temps. Après une description des traits – symptômes de la normalité, les auteurs grossissent (en amplitude et/ou en durée) les traits pour décrire la crise pathologique. Si cette façon de faire est cohérente en particulier dans le sens freudien d'une description du pathologique à partir des traits du normal, elle aboutit



	Crise d'originalité juvénile	Crise juvénile	Crise d'identité	Crise – modèle psychanalytique	Crise familiale
Normalité	<i>Désir d'originalité</i> 3 temps : 1. Crise de l'imaginaire 2. Besoin d'étonner 3. Affirmation de soi (>18 ans)	<u>2 temps : Crise</u> <i>pubertaire</i> Eléments dominants : • Modifications génitales • Doute de soi <i>Crise juvénile simple</i> (jusqu'à 25 ans) Eléments dominants : • Doute et besoin de réassurance • Tensions dues à la génitalisation	<i>Crise d'identité</i> Eléments dominants : • Nécessaire inscription sociale • Impossibilité de poser des choix <u>4 temps :</u> 1. Méfiance excessive et besoin de réassurance 2. Lutte pour l'autonomie 3. Développement de l'imaginaire 4. Désir de réalisations	<i>La crise</i> <u>2 temps :</u> 1. Jubilation de devenir grand et angoisse 2. Déception et reconquête via l'investissement sur un objet à venir	<u>2 temps :</u> 1. Renégociation de la dépendance – interdépendance entraînant cris et tensions 2. Sortie de la famille et réarrangements
Pathologie	<i>Crise d'originalité</i> Même composition que le désir d'originalité mais d'amplitude augmentée et de durée plus courte	<i>Dysharmonie d'évolution pubertaire</i> Décalages et compensations / une génitalité précoce ou retardée <i>Crise juvénile sévère</i> Névrose d'inhibition Névrose d'échec Morosité	<i>Confusion d'identité</i> Même composition que la crise d'identité mais d'intensité augmentée par une génitalisation précoce	<i>Incapacité du moi à gérer la crise</i> Absence de crise Morosité Incapacité à choisir Pas de sentiment de continuité Désintérêt Honte Identité négative Désespoir, délinquance	<i>Rupture >< Séparation</i> Sur le modèle des familles « limites »

Tableau 6 : comparaison des crises d'adolescence

néanmoins à constituer la crise comme modèle de normalité, ce qui est loin d'être vrai statistiquement¹⁰⁰. Il y a une banalisation voulue du symptôme au profit d'une nécessaire évaluation globale du fonctionnement mais cette évaluation n'est quasiment axée que sur des critères internes. En effet, si ces auteurs admettent qu'une évaluation externe au sens de l'adaptation sociale est nécessaire (c'est particulièrement vrai pour Erickson (1952)⁸⁴, aucun ne se soucie de donner des critères de cette évaluation. De même aucun ne dit ce qu'il faut penser d'un adolescent dont la dynamique intrapsychique serait « satisfaisante » mais avec un décrochage, par exemple, scolaire. C'est sur de telles critiques et aussi à cause de la médiatisation - banalisation d'expressions symptomatiques graves - que la critique de la notion de crise a été pratiquée facilement¹¹¹, introduisant le DSM III. Nous pouvons donc dire que si la psychiatrie a, en fonction de ses critères d'anormalité trop fait pencher la balance vers des critères externes (les symptômes du DSM III), les théories de la crise – normalité ont, par la perte de la notion de nécessaire cohérence externe, banalisé ces mêmes symptômes. De manière schématique pour le DSM III toute adolescence est normale s'il n'y a pas de symptômes et pour les tenants de la crise - normalité un adolescent qui ne fait pas de crise est anormal. Le DSM III ne connaît que des adolescents engagés dans des processus de changement silencieux et les partisans de la crise que des adolescents engagés dans des changements « bruyants ». Soit encore les uns ne connaissent que des pathologies entravant le développement et les autres que des pathologies du développement. Ces façons de délimiter normal et pathologique sont inadéquates non seulement à cause de leur « hémi-négligence » mais aussi parce qu'elles ne prennent pas en compte le critère de la nécessaire orientation du vivant vers une augmentation d'autonomie⁷⁹.

2.1.2.4.3 Le critère d'autonomie

Le critère d'autonomie, par sa relative jeunesse, a bénéficié de peu de travaux et est donc difficilement interrogeable comme tel. Si ceci est vrai pour l'adulte ce l'est encore plus pour l'adolescent. Il nous semble pourtant qu'il est approchable par différents éléments cliniques¹¹². Passer de l'état d'enfant à l'état d'adulte se caractérise, dans notre société, par au moins trois éléments qui impliquent la notion d'autonomie:

1. L'accession à la fonction parentale.

2. L'entrée dans le monde du travail.

3. L'acquisition d'une solution de continuité entre générations.

1/ Si l'accession à la fonction parentale, aux rôles professionnels et sociaux est un critère objectif, elle est dans notre société actuelle particulièrement retardée. Ce retard, en créant un écart entre la maturation sexuelle et l'intégration professionnelle, rend difficile son utilisation dans l'évaluation de la « direction » de l'adolescence. A la limite on peut même dire qu'elle est devenue un critère négatif dans le sens où une grossesse précoce hypothèque la poursuite d'études, donc l'insertion professionnelle, donc la capacité à quitter le milieu familial. Ce retard nécessite une intégration non seulement de la sexualité mais aussi de la contraception. La maîtrise de celle-ci peut donc être considérée comme un indicateur indirect de l'autonomisation des jeunes.

2/ L'entrée dans le monde du travail, qui souffre du même retard que la parentalité, contribue à la conquête de l'autonomie par les transformations dans l'organisation biologique et la position sociale de l'individu. Si elle est souvent un objet de revendication de la part des jeunes, elle se distingue aussi par les problèmes d'adaptation qu'elle pose à l'adolescent et à son entourage. A cause de ce retard elle ne peut être évaluée qu'indirectement par des éléments tels que : la capacité à gérer un budget, à gérer les temps étude – sommeil - récréation, à négocier la prise de distance par rapport au milieu familial,...

3/ Si le décalage des générations aboutit à une différence des rythmes psychosociaux et biologiques entre les parents et les jeunes- ce qui fait notamment que les premiers s'appuient sur les expériences passées alors que les seconds sont tournés vers l'avenir - il doit aussi se marquer par un héritage dans le système de valeurs¹¹³ familiales. Cet héritage fait lien entre les générations tout en les distinguant. La capacité d'autonomie du jeune est alors sa capacité intégrative des valeurs tout en leur faisant subir un certain degré de distorsion permettant qu'à la fois elles lui soient propres tout en étant héritées du système familial et culturel¹¹⁴. Cette opération peut se révéler non seulement dans les valeurs qui animent le jeune mais aussi dans ses comportements.

2.2 Critères de santé et hypothèses.

Des différents points communs entre les différentes théories crise – normalité, deux n'ont pas été cités et nous paraissent importants parce qu'il est possible de les

formuler en termes d'autonomisation. Ils nous paraissent alors représenter des domaines de choix pour essayer d'éclairer les rapports entre santé et pathologie à l'adolescence. Ils nous permettront de poser nos hypothèses à partir du champ psychodynamique en vue de les examiner avec les résultats et les échelles du champ de la psychiatrie « anglo-saxonne ». Premièrement, toutes ces théories considèrent que l'adolescence est la dernière étape maturante du processus de subjectivation et deuxièmement, même si ces théories s'étendent peu sur les mécanismes familiaux influençant l'adolescence, (sauf évidemment le modèle systémique-familial) toutes leur reconnaissent une importance déterminante.

2.2.1 L'adolescence : subjectivation et internalisation de la santé.

La subjectivation est le travail qui s'étale de la naissance à l'âge adulte et qui devrait mener à la création d'un réel espace personnel avec des possibilités de se penser, d'aimer et de travailler en son nom. Dans ce processus, l'adolescence est l'étape qui permet d'organiser les représentations des événements fondamentaux de l'enfance autour de catégories structurantes adultes que sont la différence des sexes, la différence des générations et l'aptitude à l'auto représentation. Un tel abord de l'adolescence a surtout été pratiqué par les auteurs d'inspiration psychanalytique et, pour pouvoir poser nos hypothèses, il faut éclairer les rapports entre ce champ et celui de la santé.

Cette théorie du développement implique une intégration¹¹⁵, au cours de l'adolescence, de ce qui s'est déroulé d'important autour de ces catégories structurantes durant l'enfance. C'est la ré-émergence des conflits et enjeux de l'enfance, devenus plus ou moins silencieux durant la latence, qui s'avèrent partiellement déterminants pour le passage d'un mode de fonctionnement psychique infantile à celui d'adulte. Autrement dit, la structure de personnalité se constitue après le refoulement de la scène primaire de l'enfance lors de la re – sexualisation de l'adolescence. Il ne s'agit donc pas d'une simple remise à jour de ces éléments mais d'une remise à jour dans un contexte particulier qui est celui de l'adolescence et en particulier des déliaisons - deuils des objets infantiles. Pour Cahn (1998)¹¹⁶, les effets de ces déliaisons agissent non seulement sur la relation avec les objets mais aussi sur le fonctionnement mental dans la possibilité de penser et de se détacher.

Il y a donc, dans l'adolescence, du prédéterminé et du hasard. Le prédéterminé est ce qui revient à la vie infantile et le hasard est le « bruit » des objets extérieurs qui influence ce moment au sens négatif comme au sens positif. Ce bruit des autres participe au processus en questionnant la relation aux objets. L'objet, l'autre est « traumatisant » parce qu'il implique la reconnaissance du désir et de l'autonomie de l'objet externe comme il implique d'admettre sa propre dépendance à l'autre. L'adolescent peut, dans cette double contrainte, passer d'identifications aliénantes à des identifications structurantes. Celles-ci ne seront structurantes que si elles entraînent un travail d'organisation et de recherche de sens par rapport aux changements que le jeune éprouve dans la relation et qui le font différent tout en le laissant lui-même. C'est l'élaboration d'une manière d'être, d'une personnalité liée mais différente de l'autre et en particulier de ses parents.

Si le processus de subjectivation touche directement au sentiment d'exister, il implique également d'autres parties de la psyché comme l'image du corps ou l'élaboration du jugement éthique. Au niveau de l'image du corps c'est la façon dont l'énergie pulsionnelle peut être ou non intégrée qui fait le caractère organisant ou désorganisant de l'autre⁹³. L'élaboration du jugement éthique connaît tous les intermédiaires entre des principes d'une férocité obsédante, voire déstructurante et la formation d'une réelle éthique personnelle organisatrice. Cette élaboration d'une conception du monde et les engagements qu'elle implique est accompagnée d'une externalisation de la réorganisation conflictuelle infantile, ce qui en permet une gestion accompagnée par les proches en faisant l'économie d'un affrontement uniquement interne. Mais c'est aussi cette externalisation qui, si elle est trop violente, ou si le milieu familial (cfr chapitre 2.2.2) ne permet pas un tel jeu relationnel, pose problème. Dans les circonstances où l'espace de négociation externe n'est pas suffisant et où les fondements, le sentiment d'identité et la représentation de soi du jeune ne sont pas suffisamment solides, l'objet est une source d'angoisse qui freine le travail de subjectivation. Il y a alors une collusion entre la fragilité narcissique et le conflit identitaire qui peut amener à une confusion des identités¹¹⁷.

Si subjectiver c'est notamment faire émerger à la conscience des éléments plus ou moins refoulés, c'est-à-dire la possibilité de vivre de façon différente un passé, l'enjeu de la subjectivation est l'adéquation de l'imaginaire, du réel et du symbolique. Ce sont, à l'adolescence, les contraintes interne (notamment sexuelle) et externe (l'autre) qui remettent en cause, confirment et consolident les modalités antérieures

du mode de subjectivation. C'est une négociation souvent sur le registre de la position dépressive, de tout conflit et tout événement. Cette dialectique de la séparation et de la re-connexion est une opération de différenciation-appropriation comme un processus d'individuation-séparation. En cela on peut dire que c'est un processus d'internalisation au sens d'une appropriation de l'objet, d'une partie de la relation mais aussi du corps. Il s'agit donc d'un désengagement de la relation infantile de pouvoir de l'autre et de l'appropriation du corps. On peut faire ici un rapprochement avec la notion de Lieu de Contrôle de la santé telle que théorisée dans l'échelle multidimensionnelle du Lieu de Contrôle de la santé (MHLC chapitre 3.3.1) et en particulier avec les différents processus attributifs qui sont explorés par le MHLC. Si le fait d'être en bonne santé peut être attribué aux autres (famille, médecin,...), à la chance ou bien encore à sa propre attitude, la subjectivation est une appropriation - internalisation de la responsabilité sur son corps et sa santé qui passe de sa famille à soi. Le MHLC peut donc servir à une approche partielle, quantitative, de la subjectivation et de son progrès au moins par rapport à la façon dont nous acquérons une auto-attribution sur le fait de prendre soin de nous.

Nos premières hypothèses seront donc :

Hypothèse 1. A. : le travail de subjectivation devrait se marquer au MHLC, dans un échantillon d'adolescents sains, au fil de la maturation et donc du temps, par une internalisation perceptible par :

1. Une augmentation des valeurs de la sous-échelle « internalité » qui reflète l'acquisition d'une auto-attribution sur le fait d'être en bonne santé.
2. Une diminution des valeurs de la sous-échelle « pouvoir des autres » qui reflète la dés-attribution aux autres de notre santé.
3. Une augmentation du rapport de l'internalité sur l'externalité qui marque un gain net du sujet par rapport aux autres et au hasard.

Hypothèse 1. B. : si l'on compare un échantillon d'adolescents sains par rapport à un échantillon d'adolescents en souffrance nous devrions avoir des différences significatives qui devraient aller dans le sens :

1. d'une valeur à la sous-échelle « internalité » significativement plus faible pour les souffrants,
2. d'une valeur à la sous-échelle « pouvoir des autres » significativement plus élevée pour les souffrants,

3. d'une valeur plus basse du rapport internalité sur externalité chez les souffrants.

2.2.2 Importance de l'environnement familial dans le processus de subjectivation

Le deuxième point permettant l'intégration du critère d'autonomie est l'importance de l'environnement familial. Il est d'ailleurs intéressant de noter que, à ce niveau, le courant psychodynamique-familialiste et la psychiatrie anglo-saxonne se rejoignent. Le versant anglo-saxon peut se résumer de la façon suivante : s'il ne faut pas de crise pour faire une adolescence normale, le mauvais pronostic du trouble est défini par des cofacteurs familiaux. Deux domaines cliniques ont particulièrement été investigués : les abus sexuels et la dépression. Les études sur les conséquences psychopathologiques des abus sexuels représentent une littérature très fournie parce qu'il s'agit d'un domaine sensible et aussi parce que la psychiatrie pensait tenir là un événement unique dont il n'y aurait plus qu'à mesurer les conséquences. Cet espoir s'est avéré nul et l'on observe, au contraire, qu'un nombre impressionnant de pathologies est corrélé de manière significative avec l'existence d'antécédents d'abus (tableau 7)¹¹⁸.

- Dépression et conduite suicidaire
- Trouble du comportement, trouble oppositionnel et comportement agressif
- Syndrome hyperkinétique
- Abus de substances
- Conduite sexuelle chaotique
- Déficit global de fonctionnement, mauvaise compétence sociale, diminution des résultats scolaires
- Trouble du sommeil
- Anorexie, phobie, trouble obsessionnel, somatisation non spécifique, stress post traumatique.
- A l'âge adulte les abus sont responsables de troubles de la sexualité et de troubles des fonctions parentales.

Tableau 7 : Psychopathologie associée à un abus sexuel.

Une des explications données à ce phénomène est que le type et l'importance de l'impact que peut avoir un abus vont varier en fonction des conditions du contexte familial (père alcoolique, mère dépressive, divorce,...). Le deuxième domaine illustratif de l'importance de l'entourage familial pour l'évolution de l'adolescent est la

dépression. Dans une étude randomisée¹¹⁹, 107 adolescents déprimés sont répartis dans différents types de thérapies (cognitivo-comportementale, systémique, psychothérapie individuelle de soutien) pendant 12 à 16 semaines suivies d'un traitement additionnel de maximum 24 mois en cas de non-amélioration. Les résultats montrent que le choix d'une thérapie plutôt qu'une autre n'est pas prédictif d'une nécessité de prolongation de traitement mais par contre, que le fait d'avoir des difficultés familiales l'est.

Les théories psychodynamiques et familiales^{120, 121, 122, 123} ont beaucoup insisté sur la symétrie des changements entre adolescent et parents. L'adolescence n'entraîne pas seulement une réorganisation des adolescents mais également des parents et des relations familiales. Dans la nouvelle relation quatre données sont en changement et influencent les parents. Les enfants :

1. ont à sortir de leur position de dépendance infantile pour acquérir une autonomie,
2. en devenant adultes deviennent des pairs de leurs parents,
3. sont maintenant réellement sexués
4. peuvent eux-mêmes être parents.

1. Si le début de l'adolescence est marqué par la jubilation, le devenir grand de l'enfance avec l'acquisition du pouvoir imaginé aux adultes, ce pouvoir ne s'avère être qu'un leurre décevant. Cette déception s'accompagne d'une dévalorisation concomitante des parents. Leur figure emblématique n'est, elle aussi, qu'un leurre. Dès lors, plus aucune des limites issues de l'autorité parentale, et par extension des adultes, n'est plus fondée¹²⁴. Les choix, les conduites et le vécu issus de l'enfance par adhésion aux désirs et aux valeurs parentales, adhésion qui assurait un sentiment d'existence, sont revus. L'adolescent invente non seulement son propre système de valeurs mais aussi son propre mythe fondateur¹²⁵. Ce travail implique en plus, pour que le futur adulte puisse être reconnu et se reconnaître comme fils de ses parents, qu'il y ait un fil entre les anciennes valeurs et les nouvelles. Dans ce travail d'acquisition d'une autonomie, les parents comme l'enfant ont à faire les deuils de leurs valeurs et de leurs places comme elles étaient désignées dans la relation infantile. Ils doivent, tous deux engager leur créativité et leur reconnaissance dans une nouvelle relation.
2. Si cette passe est « nihiliste » elle est aussi l'espace de création de deux futurs pairs adultes : l'enfant et le parent. Ce que questionne l'adolescent chez les

parents, après les avoir dévalorisés en simples adultes, ce ne sont pas tant les limites que les réponses des adultes. Dans cet état de tension entre le passé et le futur et par ce questionnement, le jeune interroge les adultes sur ce qui fonde les relations entre pairs adultes. L'adulte est renvoyé à lui-même et à la validité de la réponse qu'il s'est forgée durant sa propre adolescence. Autrement dit, ces questions touchent non seulement à l'organisation de l'être adulte en termes de personnalité mais également en termes de système de valeur de vie¹²⁶. Ce travail de questionnement sur sa vérité est, pour Gagnepain (1990)¹²⁷, s'il est fait de manière audible et de la place socio-familiale correcte, ce qui permet d'accéder non seulement à la personne mais aussi à la raison sociale. Cette négociation est ce qui permet au père de reconnaître son fils comme adulte et de ne pas lui en vouloir de sa propre dégradation de père en adulte. Cette négociation est ce qui permet au fils de devenir adulte sans devoir « éliminer » le père.

3. Une des difficultés de cette négociation est que si elle aboutit à créer des nouveaux adultes (l'enfant et les parents), elle devrait également créer un troisième sexe interdit. En effet, la tentation est grande (la fréquence des abus sexuels en début d'adolescence le prouve) pour les adultes-ex-parents de se consoler d'avoir perdu leurs enfants par un rapprochement sexuel - amoureux avec ces nouveaux adultes sexués, ex-enfants asexués. La naissance des nouveaux adultes-ex-enfants sexués entraîne donc non seulement la création de nouveaux adultes ex-parents mais aussi leur repose la question de la sexualité individuellement et en couple. Cliniquement on observe différentes réponses: une nouvelle jeunesse du couple voire même un nouveau désir d'enfant, un déclin de la sexualité ou, si le couple n'est pas assez adaptable et cohésif, l'apparition de relations extraconjugales.
4. Enfin, la nouvelle parentalité des adolescents remet en cause celle des parents. Elle le fait non seulement au sens biologique (sont-ils encore capables d'avoir des enfants) mais aussi au niveau de leur personnalité qui se retrouve « déshabillée » de cette fonction. Idéalement cette opération, au risque de ne s'appuyer que sur l'adolescent, doit comprendre une dimension renonciatrice des parents¹¹² et entraîner une redéfinition de la sexualité des parents.

On peut dire en résumé que s'il est nécessaire, pour devenir adulte, de s'appuyer sur une conception relativement fixe et finie de soi-même et de la vie, c'est cet arrêt qui fait la faiblesse de l'adulte. L'adolescent a autant d'impact sur l'adulte parce qu'il

réveille un certain degré de non-finition caché par l'arrêt. Etre adulte est donc un état instable. L'adolescence interroge le devenir adulte comme fils (dans le rapport entre filiation et autonomie), comme pair (la relation à l'autre), en paire (la relation à l'autre sexué) et comme père (la parentalité). Ce questionnement provoque une interrogation parallèle des parents. Le travail de définition de l'adolescence se présente comme un jeu de miroir entre l'enfant et l'adulte. La particularité de ce jeu de miroir est néanmoins que la possibilité d'exister pour l'enfant se fait d'autant plus facilement que l'adulte s'est préparé à se retirer du miroir¹²⁸. L'adolescence est un mouvement actif dans lequel les adultes de la génération qui précède traversent l'adolescence avec le jeune rarement comme simples spectateurs. C'est cette capacité de la famille à redéfinir ses rôles que nous essayerons d'interroger à l'aide de l'échelle de Olson (1991)¹²⁹ (chapitre 3.1.2) et plus particulièrement des représentations des familles d'origine vues par les adolescents. Cette échelle demande en effet aux jeunes, par l'intermédiaire d'un questionnaire (annexe 2), d'évaluer sur deux axes leur famille : l'adaptabilité et la cohésion. La cohésion se définit comme la mesure des liens émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres. Elle est nécessaire non seulement pour permettre à la famille de tenir bon dans ces processus de changement mais aussi pour fournir la quantité d'affects indispensable au soutien de l'amour-propre du jeune à travers ce même processus. L'adaptabilité est définie comme la mesure de l'habilité du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles en réponse à une situation ou à une évolution stressante. Elle est nécessaire pour que les 4 modifications des relations décrites puissent être menées à terme, sans blocage de la part des parents.

Nous posons donc comme deuxième hypothèse :

Hypothèse 2. A. : il existe des différences statistiques significatives entre les familles des adolescents sains et des adolescents « en souffrance » telles que : les adolescents en souffrance ont des familles plus « rigides – désengagées » ou « chaotiques – enchevêtrées » par rapport au groupe contrôle.

Hypothèse 2.B : il existe un rapport statistique entre les paramètres du MHLC et la dynamique familiale tel qu' au cours de l'adolescence, dans un échantillon contrôle, les paramètres d'internalisation décrits dans les hypothèses 1A et 1B évoluent en fonction de la dynamique de la famille d'origine.

3 Section empirique

3.1 Instruments de mesure

Avant de mettre nos hypothèses à l'épreuve nous devons bien évidemment nous interroger sur la validité et la pertinence des échelles que nous employons afin d'assurer la validité interne de nos tests statistiques.

3.1.1 Le Multidimensionnal Health Locus of Control (MHLC)

3.1.1.1 L'échelle du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé

L'échelle du lieu de contrôle multidimensionnelle de la santé (MHLC - Multidimensional Health Locus of Control) vise à explorer le rapport auto-explicatif qu'élabore l'individu à propos de sa santé. Alors que certains individus pensent avoir un rôle personnel à jouer pour éviter ou lutter contre la maladie (perception interne du « lieu de contrôle de la santé »), d'autres s'en remettent au destin ou au pouvoir des "autres", membres de la famille ou professionnels de la santé. De même, si certains patients se sentent impliqués et responsables à part entière dans leur traitement, d'autres en ont une vision passive et croient que seuls les autres (médecin, conjoint, médicament...) ou le hasard sont responsables de leur évolution. Le MHLC a été élaboré en 1978 par Wallston¹³⁰ et se présente sous la forme d'un questionnaire de 18 items, par rapport auxquels le sujet se situe sur une échelle de type Likert à 6 degrés, allant de "pas du tout d'accord" à "tout à fait d'accord" (annexe 1). Elle comprend trois sous-échelles "Internalité" (IHLC - Internal Health Locus of Control), "Pouvoir des Autres" (PHLC - Powerful others Health Locus of Control), et "Chance" (CHLC - Chance Health Locus of Control) reprenant chacune 6 items.

Les scores à chacune des sous-échelles permettent d'évaluer les attentes des sujets quant à leur santé dans les trois domaines (d'où le terme de multidimensionnel) respectifs que sont leur propre responsabilité (IHLC), le pouvoir des autres (PHLC) et l'importance accordée à la chance (CHLC). En dehors des scores dans chacune des trois échelles il existe une équation qui établit le rapport de l'internalité sur l'externalité¹³¹ :

$$\text{RATIO (I / E)} = \frac{(\text{IHLC} \times 2)}{(\text{CHLC} + \text{PHLC})}$$

Le recours à cette équation permet d'obtenir une information, cette fois unidimensionnelle, dans le domaine spécifique de la santé, tout en disposant de l'information factorielle multidimensionnelle. Finalement, il est possible d'établir une typologie plus fine en établissant différents profils issus de la combinaison des scores initiaux aux trois sous-échelles. Cette typologie proposée par Wallston et Wallston (1982)¹³² est une typologie spéculative étant donné qu'aucune recherche de confirmation et de validation de celle-ci n'a été entreprise jusqu'à présent. Nous ne la développerons donc pas, d'autant que nous n'en aurons pas d'usage dans la partie empirique.

3.1.1.2 Construction du MHLC

3.1.1.2.1 Le MLC de Levenson

L'échelle multidimensionnelle de Wallston et Wallston emploie en fait la définition du Lieu de Contrôle, telle que Levenson l'a donnée en 1973¹³³ en l'appliquant au domaine particulier de la santé. Levenson a en effet élaboré avant Wallston une échelle bidimensionnelle « interne / externe ». Les échelles de Levenson comprennent deux axes, celui qui est « interne » et celui qui est plus « externe » (*Powerful Others and Chance scales*) et qui est composé de deux types de croyances distinctes et non forcément "additives": celles reposant sur l'idée d'un monde régi par le hasard, et celles basées sur la conception d'un monde dirigé par d'autres tout-puissants. Pour Levenson (1974)¹³⁴, ces deux types de croyances doivent être distingués car si la croyance dans le pouvoir des autres n'écarter pas la possibilité d'un contrôle concomitant de la part de l'individu, la croyance dans la chance semble par contre l'exclure. Si quelqu'un perçoit de la régularité dans les actions de « personnes ressources », il peut penser qu'il pourrait obtenir ce qu'il désire (les renforcements) par des actions appropriées à leur égard (maintien de la relation, demande d'aide, séduction, ...). Par contre, il est vraisemblable que l'externalité "hasard" soit plus facilement associée à de forts sentiments d'impuissance qui ne se retrouveraient pas, du moins selon la même nature, dans

l'externalité "pouvoir d'autrui". C'est sur cette base que Levenson distingue trois types d'expectations auxquelles correspondent trois sous-échelles: l'échelle des expectations en un *contrôle interne* (Internal Locus of Control), en un *contrôle des autres puissants* (Powerful Others Locus of Control) et en une *absence de contrôle* (Chance Locus of Control). Bien que bidimensionnel dans sa construction, le modèle de Levenson dépasse donc la simple scission entre les deux types d'externalité: elle postule l'indépendance théorique entre les dimensions. L'individu se situe alors à divers degrés sur chacune des dimensions ce qui rend le modèle déjà multidimensionnel. Ces travaux de Levenson sont en fait construits dans la suite directe de ceux de Rotter (1954)¹³⁵ et de sa conceptualisation en 1966 du lieu de contrôle dans le cadre de la théorie de l'apprentissage social.

3.1.1.2.2 Rotter et la théorie de l'apprentissage social.

La théorie de l'apprentissage social se veut être un modèle qui permette de déterminer la manière dont les individus interagissent avec l'environnement. Comme toute théorie, celle de Rotter repose sur un certain nombre de postulats et de concepts. Rotter base sa théorie sur six *postulats*:

1° Pour étudier le comportement, il est impératif de tenir compte à *la fois* des déterminants personnels (traits, besoins, habitudes, motivations, etc.) et des déterminants environnementaux.

2° Les facteurs biologiques jouent un rôle bien moins utile que les facteurs sociaux dans l'explication des comportements.

3° Il existe une unité dans la personnalité. Cette « unité » se construit à travers les expériences variées que connaît l'individu. En même temps qu'il enrichit ses comportements grâce à des interactions avec l'environnement significatif, sa personnalité se complexifie, atteint une plus grande unité et une plus grande consistance.

4° Le quatrième postulat précise le premier. Il faut, pour l'étude du comportement, tenir compte de l'action *conjointe* des déterminants spécifiques et des déterminants généraux, c'est-à-dire des facteurs environnementaux particuliers et des facteurs dispositionnels (traits de personnalité).

5° Le cinquième postulat reconnaît que les comportements humains sont toujours dirigés vers un but (les individus s'efforçant soit de maîtriser, soit d'éviter

certain aspects de l'environnement) et affirme qu'ils doivent être étudiés en fonction de ce but, autrement dit, de ce qui les a motivés.

6° Le sixième postulat enfin dénonce l'incapacité des seuls renforcements à rendre compte des comportements et désigne un autre déterminant essentiel, à savoir les attentes ou attentes du sujet.

De ces six postulats, Rotter extrait trois concepts qui sous-tendent la prédiction d'un comportement particulier parmi un ensemble de comportements potentiels possibles.

1) La situation psychologique

La situation psychologique désigne l'environnement tel qu'il est interprété par l'individu en fonction de ses expériences passées. Il ne s'agit pas d'un environnement objectif.

2) Le « renforcement »

Pour Rotter, un « renforcement » est tout ce qui engendre des effets sur la direction d'un comportement. Nous voyons que sa conception du comportement dépasse une définition en termes de réduction de besoins pour plutôt désigner un mouvement orienté vers un but. Un stimulus possède une propriété renforçante (négative ou positive) s'il influence le mouvement (positif ou négatif).

3) L'expectation

L'expectation peut être considérée comme la probabilité subjective attendue par l'individu qu'un renforcement apparaisse suite à son comportement. Il est à noter que l'expectation est indépendante de l'importance du renforcement, et est en principe seulement déterminée par l'expérience antérieure et ses résultats.

On voit donc que si pour Rotter la pierre angulaire pour expliquer le choix d'un tel comportement d'un individu est l'apprentissage, il ne « gomme » pas pour autant les théories de la personnalité puisqu'il retient, comme variables dans le processus de l'apprentissage social, la situation psychologique. Aussi lorsque Rotter évoque les renforcements et leur valeur il évoque l'importance subjective accordée par une personne au résultat attendu. Une première théorisation de l'apprentissage social est donc que la probabilité de voir apparaître un comportement donné dans une situation en relation avec un renforcement est fonction de l'expectation qu'a l'individu que ce renforcement sera produit par le comportement dans la situation et de la valeur que l'individu attribue à ce renforcement dans la situation. Mais Rotter (1976)¹³⁶ constate,

que certaines personnes ne font aucun lien entre leur conduite et le renforcement obtenu. Il en ressort que l'effet du renforcement ne relève pas d'un processus automatique, mais dépendrait plutôt de la perception d'une relation causale entre le comportement et le renforcement associé. Suite à la constatation que les variations des attentes ne sont pas seulement dues à la nature de la situation, mais également aux caractéristiques particulières de l'individu qui obtient les renforcements, Rotter, dès 1966, élabore le concept de contrôle interne-externe. C'est ainsi qu'il définit le contrôle interne versus externe du renforcement comme la représentation qu'a l'individu du rapport entre son comportement et le renforcement positif ou négatif qu'il perçoit. D'où l'introduction du terme « locus of control », c'est-à-dire lieu de contrôle, expression contractée de l'intitulé plus long mais plus adéquat par rapport à la pensée de Rotter, de « Lieu de contrôle des renforcements ». Ce concept de contrôle « interne » ou « externe » des renforcements représente une formalisation permettant de rendre compte des différences individuelles en matière de perception de relations causales, différences qui expliquent qu'il y a selon les individus une telle variance dans les degrés de relation causale établie entre l'obtention d'un renforcement donné et la conduite effectuée. Rotter (1966)¹³⁷ conçoit ce Lieu de Contrôle comme une variable bipolaire où le contrôle d'un sujet se retrouve sur un continuum allant de l'externalité totale à l'internalité totale: son échelle est donc générale et unidimensionnelle. Elle est théoriquement construite pour être faiblement sujette à la désirabilité sociale et pour permettre d'évaluer une attente générale de contrôle à travers un ensemble varié de situations et de domaines. Les domaines en question sont, par exemple, la reconnaissance sociale, l'amour, l'amitié, le pouvoir, les événements politiques, la philosophie générale de la vie.

3.1.1.2.3 Evolution du concept de contrôle interne et externe de Rotter

Très vite, à la suite de Rotter, diverses autres échelles de mesure du Lieu de Contrôle ont été créées. Ces échelles de Lieu de Contrôle peuvent être réparties en deux catégories: les échelles unidimensionnelles et les échelles multidimensionnelles. Ces deux types d'échelles sont elles-mêmes divisées en deux classes: les échelles générales et les échelles spécifiques. Les échelles générales présentent un ensemble d'items faisant référence à diverses situations de la vie en général où les échelles spécifiques mesurent les attentes ou les croyances dans

un (ou quelques) domaine(s) bien particulier(s) et déterminé(s), reflétant le type de croyance interne et externe dans le domaine concerné. Bien qu'en matière de santé nous disposions également de plusieurs autres théories et échelles (Health Belief Model, Protection Motivation, Planned behaviour and health behaviours, self-efficacy and health behaviours (cfr chapitre 3.2)) nous avons choisi l'échelle de Wallston non seulement pour son caractère multidimensionnel mais aussi parce qu'elle interroge la santé de manière générale. Elle étudie plus la façon dont le sujet se positionne de manière globale par rapport à la santé que par rapport à un domaine spécifique.

Parmi ces abondants développements Rotter (1975)¹³⁸ s'est insurgé contre les multiples interprétations que l'on a données à son concept et les rapprochements avec d'autres notions telles que attributions, contrôle perçu¹³⁹, contrôle personnel¹⁴⁰, cause personnelle et puissance/impuissance¹⁴¹. Ces évolutions sont certainement dues à la première altération qui a été de remplacer le terme de lieu de contrôle des renforcements par le terme *locus of control* (lieu de contrôle), cette formulation pouvant faire oublier la relation de causalité (croyances internes ou externes) mais surtout éliminant l'objet du contrôle, les renforcements.

3.1.1.2.4 Validité statistique du MHLC

3.1.1.2.4.1 Validité externe et interne

L'analyse des corrélations entre les trois sous-échelles montre que les sous-échelles IHLC et PHLC sont statistiquement indépendantes (0.124), les échelles IHLC et CHLC sont corrélées négativement (-0.293) et les échelles PHLC et CHLC sont corrélées positivement (0.204). Les corrélations avec l'échelle de désirabilité sociale montrent que seule l'échelle CHLC est corrélée négativement avec l'échelle de désirabilité sociale (-0.23), mais cette corrélation ne rend compte que de 6 % de la variance observée. Au total, la consistance interne de chaque sous-échelle du MHLC se situe entre 0.67 et 0.77, ce qui est satisfaisant. La fiabilité test-retest se situe dans des proportions acceptables (au-delà de 0.70). Au cours de ces quinze dernières années, de nombreuses études furent réalisées pour confronter la perception du Lieu de Contrôle de la Santé avec les comportements effectifs du patient en matière de santé. Bien que l'ensemble des travaux ne se soit pas toujours soldé par des validations externes très tranchées Reynaert (1995)¹⁴² a montré que le fait de présenter un lieu de contrôle interne peut-être associé à une série impressionnante

d'attitudes et de comportements qui corroborent le fait que le test mesure bien ce qu'il prétend mesurer. L'internalité au test est associée chez le patient avec des attitudes et comportements en matière de santé qui vont dans le sens d'une plus grande participation et d'un vécu de responsabilité plus fort. L'interne est donc davantage «response-able », c'est-à-dire capable de répondre davantage en tant que sujet actif face aux questions de santé qui le concernent. Au contraire, l'externalité, surtout dans sa forme dépendance aux autres (PHLC) semble être un réel facteur de risque diminuant la fidélité au traitement, contribuant à l'exposition du sujet à des risques divers en matière de santé, à un manque de mesures préventives et à une non-participation comportementale et intellectuelle aux mesures médicales souhaitables en matière de santé¹⁴³. Les résultats incertains dans la prédiction de tel ou tel comportement dans un domaine spécifique de la médecine ainsi que la faible partie de la variance exprimée par le test ont été expliqués par deux arguments :

Premièrement le test interroge le positionnement de l'individu par rapport à la santé et non pas son désir d'avoir tel ou tel comportement ou la probabilité d'exécuter le comportement¹⁴⁴,

Deuxièmement le test est un test général par rapport à la santé et n'est donc pas spécifique à une pathologie déterminée.

3.1.1.2.4.2 Validité concurrente

Les intercorrélations entre les sous-échelles du MHLC (spécifique à la santé) et du MLC (échelle non-spécifique de Levenson) montrent que chaque sous-échelle du MHLC est corrélée positivement vis-à-vis de son correspondant non-spécifique dans le test de Levenson. En outre Reynaert (1995)¹³¹, afin de valider l'emploi de l'équation internalité/externalité, a examiné les intercorrélations entre le Ratio et les différentes échelles du MHLC ainsi que l'échelle de Lieu de Contrôle général de Rotter. Les résultats soutiennent en effet que l'usage de cette équation est justifié, car l'externalité telle que mesurée au Rotter est inversement proportionnelle à l'indice d'internalité (Ratio) élaboré au moyen du test de Wallston, montrant donc bien qu'il y a une continuité logique entre le Lieu de Contrôle général et le Lieu de Contrôle spécifique.

3.1.1.3 Intérêt du Lieu de Contrôle pour l'adolescence

3.1.1.3.1 Considérations théoriques

L'avantage d'un instrument comme le MHLC est certainement qu'il opérationnalise l'importance de la personnalité en différenciant les individus selon leurs croyances. Bien sûr, le fait d'opérationnaliser un concept par le recours à des instruments de mesure n'est pas intrinsèquement une valeur. Ce qui constitue l'intérêt c'est le fait que différents chercheurs aient accepté d'élaborer des instruments de mesure qui permettent d'opérationnaliser un concept de manière à obtenir des données comparables. L'imperfection automatiquement inhérente à tout travail de mesure est sans doute une des conditions nécessaires pour que certaines données théoriques psychodynamiques retrouvent une place dans une psychiatrie qui ne croit plus à ce qu'elle a pu produire. L'idée d'aborder l'adolescence comme une prise de responsabilité sur sa santé par un processus *multifactoriel* au moyen d'un outil *multidimensionnel* s'impose dès lors. Avec le Lieu de Contrôle il est théoriquement possible d'objectiver les liens qui unissent l'individu avec son entourage et ce, par le relais de la « pensée » que développe l'individu à propos de son insertion dans le monde. De plus, le recours au concept de "Lieu de Contrôle de la Santé" permet d'éviter le fossé dualiste « tout est dans la tête – les maladies psychiques sont biologiques », en ceci qu'il étudie comment le sujet se positionne d'un point de vue psychique par rapport au trouble. Par cela, il devrait permettre de tester l'hypothèse, selon laquelle l'adolescent « convaincu » qu'il maîtrise sa vie évolue effectivement mieux que le sujet qui s'en remet passivement "au destin" ou aux autres.

3.1.1.3.2 Limites à l'emploi du MHLC

L'établissement de typologies comporte - en particulier dans les champs impliquant une analyse du fonctionnement psychique - des risques réductionnistes non négligeables qui déforment alors l'intérêt même du modèle. L'usage du MHLC joue avec des représentations qui risquent d'induire des réactions « contre-transférentielles négatives ». Il y a en effet dans la typologie de Wallston ce que l'on pourrait désigner comme une forme d'ethnocentrisme. Il est relativement transparent que les normes de notre société sont centrées sur un idéal d'autonomie. Déjà, en 1975, Rotter critiquait l'abus typologique divisant le monde en "internes" (les « bons », les actifs qui construisent le monde) et externes (les « méchants », les passifs, toujours à la traîne) et réprouvait l'adéquation faite entre l'internalité et l'adaptation psychologique. Se reconnaître du contrôle sur les événements permet d'aller de l'avant; mais croire constamment que tout ce qui nous arrive est dû à notre

propre comportement n'apparaît certainement pas comme une conception saine et réaliste. Il y a quelques années, on tentait de renforcer l'internalité, voire de rendre internes les externes jugés inadaptés. Le changement de cap des travaux de Wallston et Wallston (1982)¹⁴⁵ est significatif d'un revirement manifeste à cet égard. Ils adoptent maintenant une vision plus nuancée et plus contextualisée de l'adaptation relative au Lieu de Contrôle et reconnaissent que leur position antérieure était naïve. Ils soutiennent, par exemple, que l'internalité peut être inadaptée pour les grands malades qui ne peuvent plus rien faire pour améliorer leur état. L'individu malade fortement interne peut par ailleurs se priver des aidants potentiels qui l'entourent, lesquels, parfois soulagés (et déculpabilisés), seront alors tentés de laisser le patient assumer seul l'ensemble des responsabilités et de son traitement. Les conceptions ont donc évolué, ne se contentant plus d'utiliser le concept de Lieu de Contrôle indépendamment du contexte, quasi comme un facteur de personnalité, mais au contraire en tentant d'interroger le résultat de la dynamique s'opérant entre un individu, son type de Lieu de Contrôle, et le contexte dans lequel s'inscrit la nature du problème.

3.1.1.3.3 Résultats d'études cliniques

Très peu de chercheurs se sont servis du MHLC chez l'adolescent. Il existe seulement deux études : celle de Stanton (1995)¹⁴⁶ sur l'utilité et la stabilité du MHLC à l'adolescence et qui en plus de confirmer l'utilité de l'emploi du MHLC met surtout en évidence des différences entre les deux sexes dans leur lieu de contrôle. Ces auteurs ne trouvent de différences entre 13 et 15 ans que chez les filles pour les dimensions CHLC et PHLC. La seconde étude de Nada-Raja (1994)¹⁴⁷ porte sur un groupe de plus de 800 jeunes âgés de 15 ans. Cette étude n'a donc pas étudié l'influence de l'âge sur le MHLC mais a mis en évidence, comme l'étude précédente, des différences entre les sexes pour les niveaux d'IHLC et de PHLC. Elle a de plus montré l'influence des événements de vie négatifs et des croyances des mères concernant leur Lieu de Contrôle dans la constitution d'un haut niveau d'IHLC chez les filles. Chez les garçons une corrélation a pu être établie entre un haut niveau de support social, d'attachement ou d'auto-perception de force avec un haut niveau d'IHLC. Toutefois, la conclusion des auteurs sur l'emploi du MHLC chez les jeunes est, pour eux, négative parce qu'aucune corrélation n'a été trouvée entre le niveau de santé physique ou mentale et le MHLC.

3.1.2 Le modèle circomplexe d'Olson

3.1.2.1 Le FACES III

Le modèle circomplexe de Olson (1986)¹⁷ (1991)¹²⁹ a pour objectif d'évaluer deux dimensions (2 axes) du fonctionnement d'un système relationnel: la cohésion et l'adaptabilité. La cohésion se définit sur base des « liens émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres ». L'adaptabilité est « l'habilité du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles dans ces relations en réponse à une situation ou une évolution stressante ». L'utilisation de ces deux concepts est justifiée par Olson parce qu'elle rend compte de différents essais de formalisation des dynamiques familiales par différents auteurs (cfr tableau 8).

AUTEUR	COHESION	ADAPTABILITE (CHANGEMENT)
Beavers et Voeller	Centripète ou centrifuge	Adaptabilité
Epstein et al	Affectivité	Contrôle des comportements Résolution des problèmes Rôles
Gottman	Validation	Contraste
Kantor et Lehr	Affects	Pouvoir
L'Abate	Intimité	Pouvoir
Leff et Vaughn	Distance	Résolution des problèmes
Reiss	Coordination	Proximité

Tableau 8 d'après Olson (1986)¹⁷ : rapprochements théoriques

Même s'il existe deux formes de passation au questionnaire de Olson, l'une qui est une hétéro-évaluation destinée à être effectuée par des professionnels et l'autre qui est une auto-évaluation, ces deux formes se réfèrent au même modèle bi-axial (figure 4). Dans cette étude, nous avons employé le test d'auto passation. Cette forme, connue sous le terme de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale), permet une évaluation rapide et chiffrée des deux axes décrivant ainsi un style d'interaction et de structure au sein du système. Le questionnaire (annexe 2) comporte 20 questions (10 par axe) auxquelles le sujet répond en termes de fréquence (de 1 à 5). Quand on additionne les cotes, on obtient deux scores globaux (minimum 10, maximum 50), l'un pour l'adaptabilité, l'autre pour la cohésion. Les quatre gradations (2 déviations standard) de chaque dimension donnent lieu à une sectorisation en seize sous-types différents susceptibles de caractériser une

famille. De plus, trois zones sont mises en exergue suivant le caractère équilibré, moyen ou extrême du fonctionnement. Le modèle est donc conçu de telle façon que pour ces deux dimensions la « santé » familiale se retrouve dans les valeurs médianes des deux axes, à savoir le « séparé-relié » pour la cohésion et le « structuré-flexible » pour l'adaptabilité (hypothèse de curvilinearité). La « santé », dans ce modèle est donc un centre intermédiaire, elle est une normalité par équilibre. L'avantage de ce système de classification est d'éviter une catégorisation strictement linéaire telle qu'on la retrouve par exemple dans le modèle de Beavers-Timberlawn (1993)¹⁴⁸ où une ligne unique glisse de l'état de pathologie à l'état de santé. Si le système bi-axial de Olson apporte certainement une richesse supplémentaire, il a néanmoins été critiqué par son côté encore trop normatif, en quelque sorte bi-normatif au lieu de mono-normatif¹⁴⁹. Les deux axes donnent en effet

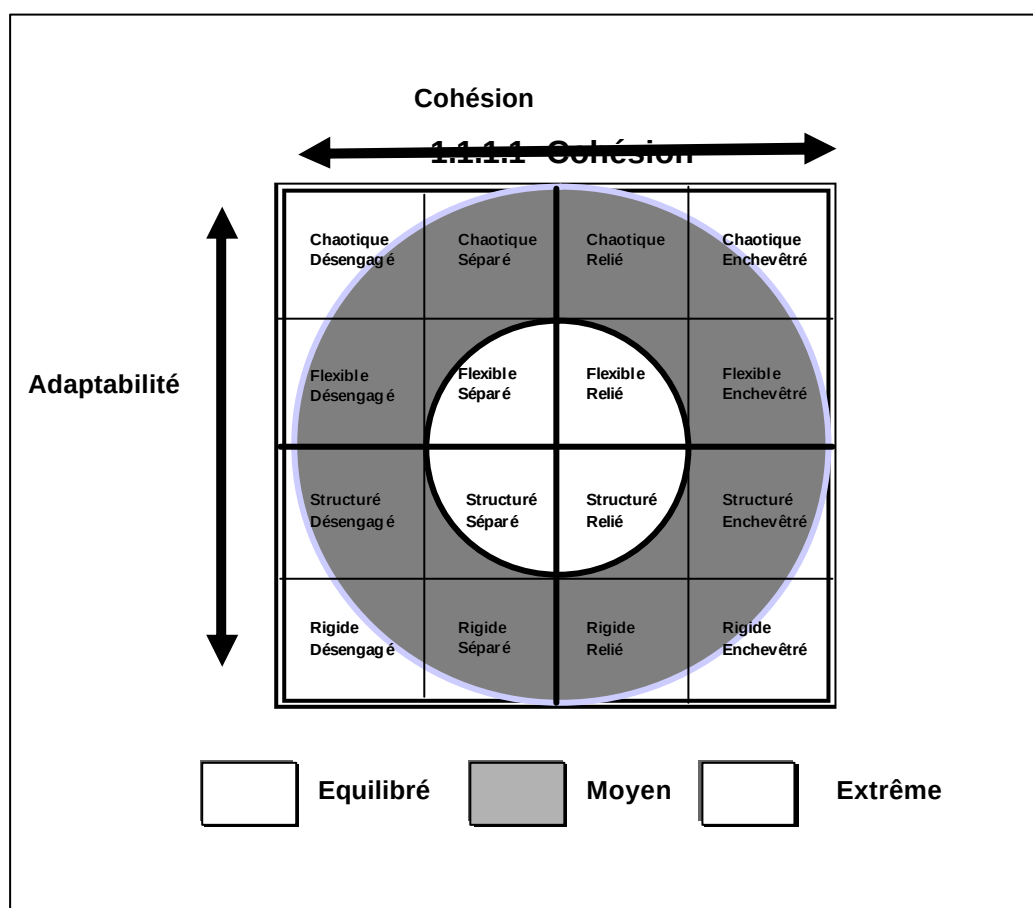


Figure 4 : FACES III

l'impression d'avoir un modèle plan figé tel que le glissement d'une extrême à l'autre se doit de transiter par les espaces intermédiaires centraux décrits comme équilibrés et représentatifs de la santé. Cette hypothèse de glissement avait d'ailleurs été

évoquée par Olson. Il avait émis une série d'hypothèses sur les modalités de changement des familles en fonction de leur score initial et de l'apparition d'un stress. Ces hypothèses n'ont toutefois pas été corroborées¹⁵⁰ et Reyanert et al (1993)¹⁵¹ ont dès lors proposé un modèle dit « en parapluie » qui répond partiellement à ces problèmes de continuité. L'hypothèse de curvilinéarité selon laquelle les types de famille équilibrés, se situant dans la zone médiane ("séparé-relié" pour la cohésion et "structuré-flexible" pour l'adaptabilité), sont plus fonctionnels que les types extrêmes, a reçu une confirmation empirique par différents auteurs^{152, 153, 154}. On notera toutefois que des études^{155, 156} plus récentes sont revenues sur ces données en mettant en évidence un lien linéaire entre santé et cohésion-adaptabilité plutôt que curvilinéaire. Nous pensons en fait que, si les familles saines se distribuent sur le mode curvilinéaire, les familles pathologiques se distribuent de manière linéaire. Ce double système de distribution expliquerait les résultats contradictoires trouvés.

Avec les études de confirmations empiriques et avec le temps, un certain nombre d'éléments proposés par Olson ont été abandonnés. Ainsi Olson proposait au début des normes différentes pour les nouveaux couples, les familles avec adolescent et les autres. Il proposait également de calculer la distance au centre afin de pouvoir effectuer plus facilement des comparaisons statistiques et en particulier d'étudier le taux de «satisfaction familiale ». L'hypothèse étant que plus la famille idéale est éloignée du centre et / ou de la famille nucléaire, plus le taux de satisfaction est bas. Ce paramètre s'est avéré non fonctionnel car n'indiquant pas l'orientation de cette distance. La tendance à l'abandon du modèle curvilinéaire a également concouru au non-emploi de la distance au centre.

Pour les populations européennes, il reste un doute sur la validité des normes proposées par Olson. En effet si Vandeleur et al (1999)¹⁵⁷ confirment ces normes sur une population suisse mais uniquement pour les adultes, Reynaert et al (1993)¹⁵⁸ considèrent que les normes obtenues sur une population américaine ne sont pas valables car cotant moins sur l'échelle de cohésion. Ils conseillent donc de les recalculer. De plus, Fontaine (1985)¹⁵⁹ fait remarquer que même si le FACES III de Olson s'avère être un outil utile en clinique, il n'investigue pas toutes les dimensions de ce qui pourrait constituer une famille saine. Il distingue en particulier un axe synchronique et un axe diachronique. L'axe synchronique doit pouvoir interroger non seulement les liens entre individu et société mais aussi les liens entre générations

tant dans une dimension de complémentarité que d'espace suffisant laissé à l'autre. Des tentatives ont donc été faites pour rapprocher le FACES III et la qualité de la communication dans la famille^{160, 161} ou le couple¹⁶². L'axe diachronique est celui du temps dans la capacité qu'a la famille à évoluer à travers celui-ci en se redéfinissant sans cesse. On voit comme ces conceptions sont proches de celles évoquées dans le problème de la normalité-anormalité au niveau individuel où l'individu est pris dans une dynamique incessante de flux d'information à laquelle il doit sans cesse s'adapter (cfr chapitre 2.1.2.3.2).

3.1.2.2 FACES III et adolescence

Il est impossible de faire une revue de la littérature de tous les domaines dans lesquels le FACES III a été employé tant le champ est large. Il va de l'étude des réactions de la famille suite au séjour d'un enfant en soins intensifs (Youngblut 1993)¹⁶³ à la probabilité de rechute de schizophrénie (King 1995)¹⁶⁴. En nous concentrant sur notre sujet, les liens entre adolescence et famille, on trouve un certain nombre d'études qui ont déjà investigué les relations entre telle ou telle pathologie et le fonctionnement familial chez les enfants et les jeunes (tableau 9).

Dans ces publications certaines nuances sont à apporter ainsi : en ce qui concerne les troubles alimentaires, Mepheron (1996)¹⁶⁵ pense que le lien avec famille se fait plutôt à travers des dyades familiales et une tendance dépressive (père-fille cohésion, père-fille adaptabilité, mère-père cohésion) puis entre la tendance dépressive et le trouble. Ces nuances sont, dans le cadre de nos hypothèses d'un intérêt relatif, en effet, l'objectif que nous avons fixé à cette recherche est pratiquement construit à l'envers de ces études. Plutôt que de partir d'un échantillon présentant une pathologie donnée pour la comparer à un échantillon « sain », nous partons d'un échantillon « sain » de jeunes pour le comparer à un échantillon « pathologique » en général. Cet aspect transnosographique se justifie théoriquement parce que nous essayons d'interroger un concept plus large (la santé) et est soutenu cliniquement par les résultats de Prange(1992)¹⁷² qui posent, à la lumière de ses résultats, la question de savoir si les caractéristiques familiales représentent une fragilité pour une pathologie donnée ou si elles représentent une fragilité face aux maladies.

AUTEUR	SUJET INVESTIGUE	AGE	CORRELATIONS AVEC LE OLSON
Coburn & al (1989) ¹⁶⁶	Boulimie (B)	✿ universitaires	Les B ont des familles peu cohésives L'adaptabilité n'a pas d'influence
Ellerman & al (1995) ¹⁶⁷	Self estime (SE)	5-13	SE corrélé, chez les ? avec cohésion
Kashani & al (1995) ¹⁶⁸	Dépression	< 13 ans	Les enfants dépressifs ont des familles désengagées. L'adaptabilité n'a pas d'influence
Lawler & al (1990) ¹⁶⁹	Contrôle du diabète	15-18 ans	Il existe une corrélation entre ctrl du diabète et cohésion, les désengagés ayant les pires résultats
Lundholm & al (1991) ¹⁷⁰	Troubles du co alimentaire (DCA)	✿ universitaires	Les étudiantes ayant des DCA ont des familles extrêmes
Michaels & al (1990) ¹⁷¹	Troubles d'apprentissage (DA)	6-12 ans	Les enfants ayant des DA ont des familles extrêmes
Prange & al (1992) ¹⁷²	Troubles émotionnels (DE)	12-18 ans	Les adolescents présentant des DE ont des familles désengagées. La faible cohésion est corrélée avec un taux élevé de psychopathologies
Shields & al (1995) ¹⁷³	Délinquance (D)	Etudes sup	D associée avec l'adaptabilité
Tubiana & al (1998) ¹⁷⁴	Contrôle du diabète	7-13 ans	La cohésion et l'adaptabilité sont proportionnelles à l'adhérence au traitement. Famille rigide et désengagée = mauvais contrôle du diabète
Vickers (1994) ¹⁷⁵	Rupture scolaire (RS)	Ecole primaire	RS dans les familles avec co et ada basses

Tableau 9 : famille et psychopathologie dans l'enfance et l'adolescence.

3.2 MHLC, FACES III, santé et méthode

La question de la prédictibilité et de l'efficacité des attitudes de la santé est à l'origine de différentes théories d'apprentissage social. Outre celle du Lieu de Contrôle, il faut mentionner la théorie des comportements planifiés (theory of planned behaviour TPB)¹⁷⁶ et le modèle d'auto-efficacité¹⁷⁷.

La TPB s'intéresse particulièrement à l'intention d'un comportement. L'intention y est déterminée par 3 types de facteurs :

- l'attitude qui est l'estimation subjective générale du comportement par l'individu,
- les normes subjectives qui sont les croyances personnelles du sujet à propos des autres choses importantes qui sont engagées dans le comportement, ce qui inclut la pression sociale,
- et le contrôle perçu sur le comportement qui est une perception de la difficulté à réaliser le comportement.

Le modèle de l'auto-efficacité appartient à et est la base de la théorie des « déterminants des comportements de la santé ». Dans cette approche, les motivations et les activations des comportements sont réalisées sur la base de 3 modes d'attentes :

- les attentes situationnelles : les espoirs sur les conséquences qui se produiront (exemple : la susceptibilité à la réponse à un traitement),
- les attentes des actions,
- la perception d'une auto-efficacité.

Par rapport à ces deux théories, celle du Lieu de Contrôle apparaît comme exerçant une influence plus distale dans le sens où le Lieu de Contrôle interroge un lieu de renforcement des comportements et non pas un comportement en tant que tel. Comme nous l'avons déjà dit (chapitre 3.1.1), il est ainsi faux de croire que l'internalité au lieu de contrôle est directement corrélé avec le comportement. Si une telle corrélation a bien pu être mise en évidence chez les jeunes comme dans le cas de la pratique d'un sport ou non¹⁷⁸ ou bien dans l'adoption de comportement prudent par rapport au sida, un tel résultat n'a pas été retrouvé systématiquement. Ainsi, par rapport à ce même problème du sida, St Lawrence (1993)¹⁷⁹ n'a pas retrouvé ce « surcroît » d'internalité mais bien, par contre, le fait qu'avoir un PHLC élevé était associé avec des conduites à risque. Le problème du MHLC et plus généralement de ces modèles est qu'ils considèrent principalement des variables cognitives ; or les comportements par rapport à la santé impliquent une série d'autres variables. Ainsi, toujours par rapport au sida, la décision de mettre ou non un préservatif implique une charge affective influente qui est peu ou pas interrogée. Cette variable est sans doute une partie de l'explication de l'inconstance des résultats. Dès lors, en élargissant le champ en-dehors de ces 3 modèles à 14 autres, on peut isoler plus de 109 variables¹⁸⁰ qui peuvent elles-mêmes se regrouper en 6 grands facteurs :

1. Accessibilité aux services des soins¹⁸¹

2. Attitude face aux soins de santé (croyance sur les qualités et les bénéfices d'un traitement)
3. Perception de la maladie traitée (exemple : premiers symptômes de toux chez un fumeur)
4. Connaissance de la maladie
5. Caractéristiques sociales
6. Facteurs démographiques

Ce sont surtout les facteurs 2 et 5 qui ont été étudiés. Ces facteurs comprennent en effet une dimension cognitive individuelle acquise par la socialisation mais qui entraîne des comportements par rapport à la santé qui peuvent être différents d'un sujet à l'autre. Une telle modulation cognitive entre personnes au même background est évidemment très intéressante parce que si l'on connaît les déterminants de cette modulation, on peut alors aussi l'influencer. Ces facteurs sont donc, par leur hypothétique susceptibilité aux changements, une cible de premier choix pour modifier les attitudes d'un sujet.

Dans le 5^{ème} facteur (les caractéristiques sociales), différentes composantes interviennent telles que :

- des valeurs culturelles (par exemple dans la dimension de la pratique d'un sport),
- des facteurs émotionnels dans certaines attitudes ou contre attitudes par rapport à la santé (par exemple dans les rapports entre obésité et stress),
- des facteurs de personnalité¹⁸² et chez les jeunes différents paramètres ont été étudiés comme l'estime de soi ou le caractère optimiste ou pessimiste¹⁸³,
- l'influence de groupes de soutien, ainsi les patients atteints du sida ayant un support social ont un IHLC plus élevé et un CHLC plus bas que ceux sans^{184, 185},
- l'influence des pairs (par exemple dans le fait de fumer pour les adolescents).
- l'influence du conjoint ou de la famille d'origine (par exemple dans l'intensité de la douleur chez les céphalalgiques chroniques¹³⁵ qui s'avère corrélée négativement avec la cohésion de la famille d'origine et l'adaptabilité du couple),
- l'influence de la famille (par exemple dans l'adhérence du jeune au traitement de désintoxication aux drogues en fonction de l'espoir mis par les parents¹⁸⁶).

Ces composantes sociales sont donc importantes pour prédire l'attitude face à la santé et les interactions parentales, en particulier, semblent avoir une influence prépondérante et surtout précoce. Malheureusement, peu d'études ont croisé les

échelles de comportement de la santé avec les évaluations familiales. On trouve, en dehors des études déjà citées dans le chapitre 3.1.2 portant sur un problème de santé spécifique chez les jeunes, deux évaluations « familiales » sur la santé en général. Il y a l'étude de Amerikaner et al (1994)¹⁸⁷ qui a pu corrélérer la santé psychologique d'étudiants du secondaire avec la cohésion de la famille d'origine et l'étude de Dundas (1994)¹⁸⁸ qui a montré que la cohésion et l'adaptabilité de la famille d'origine sont corrélées avec la santé d'étudiants norvégiens. Mais deux autres études ont montré également les limites de cet abord par une seule voie. May (1993)¹⁸⁹ et al ont montré que si le FACES III de Olson pouvait être un indicateur de la santé des collégiens, il n'est pas indicateur d'un niveau de performance supérieure dans l'accomplissement de leurs tâches scolaires. Nagao (1999)¹⁹⁰, quant à lui, n'est pas parvenu à mettre en relation le fonctionnement de la famille avec le fait de développer une crise d'adolescence ou non.

Les études qui ont tenté une double approche ne sont pas nombreuses^{191, 192, 193} mais elles ont, néanmoins, apporté une confirmation des liens entre famille et attitudes face à la santé. Deux études ont employé le MHLC et le FACES III de Olson, il s'agit de l'étude de Chirita et al (2000)¹⁹⁴ sur la suicidalité et l'étude de Reynaert et al (1993)¹⁵⁸ sur les liens entre processus attributif de la santé et la dynamique familiale. Chirita trouve que le risque suicidaire est non seulement corrélé avec une PHLC élevée mais surtout qu'il existe une corrélation entre PHLC élevé et adaptabilité basse dans les familles d'origine. Reynaert a montré que, contrairement à son hypothèse de départ où la liberté thérapeutique devait être incompatible avec une famille d'origine trop cohésive, la cohésion dans la famille d'origine est corrélée chez le sujet positivement avec l'IHLC et négativement avec le PHLC.

La limite de ces différents modèles d'apprentissage social est, qu'à ce jour, peu d'études se sont intéressées aux changements cognitifs qui étaient réalisables et qu'aucune n'a porté sur l'efficacité de ces changements. En effet, si ces modèles sont efficaces, ils doivent nous aider à prévoir des stratégies pour modifier les cognitions d'un individu afin qu'il soit plus performant dans le domaine de sa santé. Il existe, pour Fazio (1990)¹⁹⁵, deux voies possibles pour modifier les déterminants sociaux : une voie centrale et une voie périphérique. La voie centrale vise la modification d'une donnée cognitive dans l'ensemble du background de l'individu où la voie périphérique suppose l'adjonction d'une nouvelle donnée en faveur de la santé. De plus, il existe encore entre la nouvelle donnée cognitive (qu'elle soit mise

en place par la voie centrale ou périphérique) et sa mise en acte, une série d'étapes intermédiaires. Ces étapes comprennent les notions de décision, de volition et d'acte lui-même. Elles supposent en outre un mécanisme dynamique avec des boucles de rétro feedback décrites par Gollwitzer (1993)¹⁹⁶ et qui différencie les stades de pré-contemplation, motivation, planning, action, et maintenance. Enfin, il ne faut pas oublier qu'en-dehors des mécanismes de changement purement cognitifs, des mécanismes complètement extérieurs à l'individu peuvent également influencer fortement ces choix (cfr l'efficacité relative des lois anti-tabac et du prix des cigarettes). Quoi qu'il en soit, tous ces modèles d'apprentissage social, même en tenant compte de la considérable superposition entre eux, ont obligé Wallston (1992)¹⁹⁷ à reconsidérer son propre modèle. Il propose donc d'incorporer le MHLC dans une théorie plus générale des comportements de la santé. Dans celle-ci, les comportements de la santé sont une fonction de la valeur de la santé, du HLC et de l'auto-perception d'efficacité. Le HLC rejoint ici sa place de prédicateur distal où la valeur de la santé agit comme modérateur de la valeur du HLC plutôt que comme un multiplicateur¹⁹⁸ et où, plus que la valeur du IHLC seule, c'est la balance interne / externe des lieux de renforcement qui est déterminante.

Avec l'examen de nos instruments d'investigation et des résultats qu'ils ont apporté dans le domaine de la santé, de l'adolescence et du positionnement du sujet face à la santé, nous pouvons maintenant reformuler nos hypothèses et développer les méthodes employées.

1. En ce qui concerne l'évolution de la responsabilité du sujet face à la santé durant l'adolescence, l'étude de Stanton (chapitre 3.1.1.3.3) permet de penser qu'il existe en effet une modification de MHLC durant l'adolescence et plus précisément, du moins pour les filles, il doit exister une diminution du PHLC et une augmentation du CHLC. Vu la section théorique, nous incrémentons ces observations par une généralisation pour les deux sexes, sur une durée plus longue 13-25 ans (pour rappel, l'échantillon de Stanton portait sur les 13-15 ans). Nous postulons également qu'il doit exister, à défaut d'une augmentation directe de l'IHLC, une augmentation du ratio internalité / externalité. Enfin, en ce qui concerne le CHLC, rien ne nous permet, à partir de nos instruments théoriques, de formuler une hypothèse quelconque. Par contre, d'après les résultats de Stanton, on devrait observer une augmentation.

Résumé méthodologique pour l'hypothèse 1 : il y a entre

13 et 25 ans, pour les deux sexes :

- 1.1. Augmentation de l'IHLC
- 1.2. Diminution du PHLC
- 1.3. Augmentation du ratio I/E
- 1.4. Augmentation du CHLC (?)

Le chapitre 3.2.1 est consacré à la validation de cette hypothèse.

2. En ce qui concerne la comparaison avec des adolescents en crise - à partir des observations menées chez les adultes (chapitre 3.1.1.2.4.1), des quelques études menées chez les adolescents dans des pathologies déterminées (cfr supra) et des analyses théoriques sur la validité du MHLC (chapitre 3.1.1 et supra) nous pouvons raisonnablement penser que l'échantillon d'adolescents « en souffrance » présentera un IHLC plus bas, un PHLC plus élevé, un CHLC plus élevé, et un ratio I/E plus bas. Toutefois, avant de tester ces hypothèses nous avons émis dans la section théorique un aspect âge-dépendant pour lequel nous ne trouvons aucun soutien.

Résumé méthodologique pour l'hypothèse 2 : il y a entre 13 et 25 ans,

Hypothèse dynamique 2.1.°: un retard d'internalisation relatif avec l'âge entre un échantillon d'adolescents « sain » et un échantillon « pathologique » qui se marque dans l'échantillon « pathologique » par :

- 2.1.a) Une augmentation plus lente (ou une absence d'augmentation) de l'IHLC.
- 2.1.b) Une décroissance plus lente (ou une absence de décroissance) du PHLC,
- 2.1.c) Une absence d'augmentation du CHLC.
- 2.1.d) Une augmentation plus lente (ou une absence d'augmentation) du rapport I/E.

Hypothèse statique 2.2. : il existe des différences significatives entre l'échantillon « sain » et l'échantillon « pathologique » qui se traduisent dans l'échantillon « malade » par :

- 2.2.a) Un IHLC plus bas.
- 2.2.b) Un PHLC plus élevé.
- 2.2.c) Un CHLC plus élevé.
- 2.2.d) Un rapport I/E plus bas.

Le chapitre 3.2.2. est consacré à la validation de cette hypothèse.

2. Concernant l'aspect familial qui est le deuxième volet de la thèse, les observations menées dans les familles d'adolescents présentant une pathologie déterminée (chapitre 3.1.2.1) et celles menées par rapport à la santé en général des adolescents (cfr supra) nous confortent dans nos hypothèses familiales avec quelques nuances. Si les résultats d'études antérieures confirment que nous devrions trouver une cohésion plus basse, les résultats par rapport à l'adaptabilité ont été plus inconstants. Il en est de même pour l'hypothèse curvilinéaire qui n'a pas été systématiquement confortée et a même parfois été invalidée. Enfin, étant donné l'aspect âge dépendant de l'hypothèse 1, il semble important d'exclure une telle dimension dans les hypothèses familiales qui n'a par ailleurs jamais été signalée.

Résumé méthodologique pour l'hypothèse 3 : il existe des différences significatives entre les familles d'origine d'adolescents « pathologiques » par rapport aux « sains » qui se marquent dans l'échantillon « pathologique » par :

- 3.1. Une cohésion et une adaptabilité plus basse.
- 3.2. Une distribution prédominante dans les zones « pathologiques ».
- 3.3. Une distribution prédominante dans les quadrants extrêmes.
- 3.4. Aucune influence de l'âge sur la cohésion et l'adaptabilité.

Le chapitre 3.2.3 est consacré à la validation de cette hypothèse.

4. Comme nous l'avons vu (cfr supra), si théoriquement le modèle parental est un déterminant important et précoce des facteurs sociaux influençant les attitudes face à la santé, il n'existe qu'un très petit nombre d'études qui ont cherché à investiguer un tel rapport. Enfin, étant donné l'aspect âge dépendant des hypothèses précédentes, nous aurons à discuter de l'influence de celui-ci sur ces liens.

Résumé méthodologique pour l'hypothèse 4 : il existe des liens entre le fonctionnement de la famille d'origine et l'attitude du jeune face à la santé tels que nous trouvons au moins les liens suivants :

- 4.1. La cohésion est corrélée positivement avec l'IHLC
- 4.2. La cohésion est corrélée négativement avec le PHLC
- 4.3. L'adaptabilité est corrélée négativement avec le PHLC

Le chapitre 3.2.4 est consacré à la validation de cette hypothèse.

Comme il existe des liens en cascade entre ces différentes hypothèses, nous serons éventuellement amenés à les reformuler au fur et à mesure de la progression dans la cascade.

3.3 Résultats

3.3.1 L'adolescent est-il responsable de sa santé ?

Article paru dans *Louvain Médical* 2001 ; 120 : 255-262.

TITRE : L'adolescent est-il responsable de sa santé ?.

N. Zdanowicz, P. Janne, Ch. Reynaert

MOTS CLES : adolescents, lieu de contrôle multidimensionnel de la santé, âge, sexe.

RESUME :

Objectifs : examiner l'évolution du lieu de contrôle de la santé au cours de l'adolescence dans un échantillon « normal » de jeunes de 13 à 25 ans. **Méthode :** 814 jeunes ont complété le questionnaire du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé de Wallston. Ces jeunes ont été recrutés soit directement dans des écoles générales soit par l'intermédiaire d'étudiants en psychologie. **Résultats :** Si l'on ne note pas d'évolution de Lieu de Contrôle interne avec l'âge, on assiste par contre à une diminution du pouvoir attribué aux autres avec au total une augmentation du rapport internalité versus externalité. Le sexe s'avère ne pas être déterminant dans cette évolution par contre, il est déterminant dans le niveau de contrôle interne. **Conclusions :** il semble que l'adolescence ne se marque pas par une augmentation du sentiment d'auto-contrôle mais plutôt par une « dé-responsabilisation » progressive des autres. Cela suppose à la fois que l'acquisition d'un sentiment de responsabilité sur la santé se détermine durant l'enfance et que la potentialisation de celui-ci durant l'adolescence est due à la capacité des adolescents à déresponsabiliser les autres (les parents) et / ou aux éducateurs à se désinvestir.

INTRODUCTION

C'est en 1978 que Wallston K.A. et ses collaborateurs (Wallston et al 1978) développent l'échelle du Lieu de Contrôle Multidimensionnelle de la Santé (Multidimensional Health Locus of Control - MHLC) qui interroge les croyances d'une personne quant à la responsabilité qu'elle exerce dans la détermination de son état de santé. Cette échelle est multidimensionnelle dans la mesure où elle permet de repérer trois types de croyances différentes : deux «externes» et une «interne». Les individus ayant un contrôle interne considèrent que les renforcements dont ils bénéficient dépendent des comportements qu'ils ont. Cette propension est mesurée par la sous-échelle lieu de contrôle interne de la santé (IHLC). Les individus externes considèrent qu'ils sont soit sous l'influence de la chance, du destin, c'est la sous-échelle Lieu de Contrôle de la santé «chance» (CHLC), soit de l'action de tierces personnes, c'est la sous-échelle Lieu Contrôle de la santé «pouvoir des autres» (PHLC). Wallston (Wallston et al 1987) a montré que la consistance interne de chaque sous-échelle du MHLC était suffisante (entre 0.67 et 0.77) et qu'elles étaient peu interdépendantes. L'analyse des corrélations entre les trois sous-échelles montre que les sous-échelles IHLC et PHLC sont statistiquement indépendantes (0.124), les échelles IHLC et CHLC sont faiblement corrélées négativement (-0.293) et les échelles PHLC et CHLC sont faiblement corrélées positivement (0.204). De plus, les corrélations avec l'échelle de désirabilité sociale montrent que seule l'échelle CHLC est corrélée négativement avec l'échelle de désirabilité sociale (0.23) mais cette corrélation ne rend compte que de 6 % de la variance observée. La fiabilité test-retest se situe dans des proportions acceptables (au-delà de 0.70).

Depuis la création de cette échelle, de nombreux travaux, dont une revue a été réalisée par Pauwels A. (Pauwels et al 1999), ont montré, que, notamment par l'intermédiaire d'attitudes préventives primaires et secondaires des individus, le MHLC était un bon prédicteur de l'état de santé tant en médecine qu'en psychiatrie. On retiendra toutefois que comme toutes les échelles, le MHLC a ses limites et notamment qu'il semble moins pertinent pour interroger le désir de contrôle et la valeur attribuée à la santé par l'individu (Pauwels et al 1999).

Dans l'ensemble de ces travaux, il n'existe à notre connaissance que deux chercheurs qui se sont servi du MHLC chez l'adolescent. L'étude de W.R. Stanton (Stanton et al 1995) porte sur l'utilité et la stabilité du MHLC à l'adolescence. Elle a, outre confirmé l'utilité de l'emploi du MHLC, mis en évidence des différences entre les sexes dans le Lieu de Contrôle. Cet auteur trouve une modification du CHLC et du PHLC entre 13 et 15 ans mais uniquement chez les filles. La seconde étude de Nada-Raja S. (Nada-Raja et al 1994) porte sur un groupe de plus de 800 jeunes âgés de 15 ans. Cette recherche n'a donc pas étudié l'influence de l'âge sur le MHLC mais a mis en évidence des différences entre les sexes pour les scores moyens de IHLC et de PHLC. Elle a de plus montré l'influence des événements de vie négatifs et des croyances des mères à propos de leur Lieu de Contrôle dans la constitution d'un bas ou d'un haut niveau d'IHLC chez les filles. Chez les garçons une corrélation a pu être établie entre un haut niveau de support social, d'attachement ou d'auto-perception de force avec un haut niveau d'IHLC. Toutefois, pour cet auteur, il y a peu d'intérêt à l'emploi du MHLC chez les jeunes parce qu'il n'a trouvé aucune corrélation entre le niveau de santé

physique ou mentale et le MHLC. On notera cependant que l'échantillon de cette étude était un échantillon de jeunes a priori indemnes de maladies.

La question de l'évolution du MHLC avec l'âge nous paraît toutefois suffisamment importante pour mériter plus d'attention. En effet, si nous prenons par exemple le domaine des greffes chez les enfants où Stubber M.L. (Stubber 1993) va jusqu'à dire que l'adhésion d'un enfant à un programme de greffe dépend d'abord de ses parents, on peut se demander quand et comment l'adolescent le reprendra à son compte. On peut raisonnablement espérer que la connaissance de l'évolution du MHLC avec l'âge réponde (au moins partiellement) à ce type de question (Zdanowicz et al 1996 and 1998 a), mais aussi qu'elle influence différents secteurs de la pathologie juvénile tels que :

- Le changement de management psychologique de la prise en charge et de la prescription des médicaments entre l'enfance et l'adolescence
- Le changement de management psychologique des jeunes atteints d'une maladie chronique entre l'enfance et l'adolescence comme cela a été montré dans le diabète chez l'adulte (Reynaert et al 1995 a)
- L'évolution de la réponse thérapeutique aux antidépresseurs dans la dépression avec le MHLC comme cela a été montré dans la dépression chez l'adulte (Reynaert et al 1995 b)
- L'évaluation psychologique des jeunes ayant des comportements à risque comme cela a été montré pour les adultes souffrant d'alcoolisme (Zdanowicz et al 1998 b)
- La mise au point des campagnes de prévention pour les jeunes
- ...

Nous pensons qu'il doit y avoir dans tous ces domaines, entre l'enfance et l'âge adulte, une restructuration du vécu de contrôle et d'appartenance de la santé des éducateurs et des parents vers l'adolescent. Comment se fait cette évolution est-ce :

- 1^{ère} hypothèse : à partir d'une augmentation de l'IHLC,
- 2^{ème} hypothèse : d'une diminution du PHLC,
- 3^{ème} hypothèse : d'une augmentation du rapport internalité sur externalité (tel que défini par Reynaert Ch (Reynaert et al 1995 c)),
- 4^{ème} hypothèse : d'une augmentation du rapport internalité sur externalité par une diminution du CHLC.

C'est afin d'avoir au moins un début de réponse à ces questions que nous avons mené cette étude.

METHODE

Cette étude a été menée en juin 1999. Outre le MHLC, les sujets ont également décrit leur famille au moyen du questionnaire de circumplex de Olson (Olson et al 1973) dans sa troisième version (Olson et al 1985). L'intérêt de cette évaluation supplémentaire est de pouvoir corrélérer, dans une future étude, si nos hypothèses se confirment, le MHLC avec les liens familiaux.

PARTICIPANTS ET PROCEDURE

Le groupe a été constitué par deux moyens différents qui constituent deux sous-groupes. Cette procédure a été utilisée afin d'obtenir des tranches d'âge différentes et des adolescents d'horizons différents. Le premier sous-groupe « écoles » est issu de jeunes recueillis dans chacune des 6 années d'enseignement secondaire général (c'est à dire normalement de 12 à 18 ans) de trois écoles

secondaires différentes de la province de Namur. Nous avons demandé aux jeunes, en présence d'un psychiatre examinateur, de remplir outre les données socio-démographiques (âge, nom, sexe, niveau de scolarité, nationalité) le MHLC et l'échelle d'Olson sur leur famille d'origine et leur famille idéale. Le deuxième sous groupe «étudiants UCL » a été constitué par des étudiants universitaires en 2^{ème} licence de psychologie de l'université catholique de Louvain (UCL) qui ont fait passer un questionnaire anonyme comprenant la date de naissance et le sexe, le MHLC et le FACES III de Olson dans ses 5 composantes (famille d'origine, famille nucléaire, famille idéale, couple actuel et couple idéal) à des jeunes de leur connaissance et qui devaient être:

1. âgés de 13 à 25 ans
2. d'état civil : célibataire ou couple non marié,
3. de statut socioprofessionnel : chômage, sans profession et/ou étudiant,

Ces trois critères sont ceux qui ont été proposés par l'OMS (OMS 1994) comme déterminant la « situation de l'adolescence ». Afin d'homogénéiser encore notre échantillon les sujets devaient être : étudiants, caucasiens et parlant français.

Notre échantillon est considéré, par défaut, comme « normal ». En effet s'il n'a pas été recruté dans un centre de consultation ou dans un hôpital nous ne pouvons exclure que l'un ou l'autre des jeunes ne consulte ou n'ait été hospitalisé pour une raison ou une autre.

ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

La réalisation des analyses statistiques a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS Advanced Models 9.0S (SPSS Inc, Chicago, Illinois). Vu le nombre élevé de sujets et la nécessité d'analyser certaines co-variables nous avons utilisé des tests paramétriques. Les variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyenne +/- la déviation standard et ont été comparées par le test t de Student. Le test du χ^2 a été utilisé pour comparer les proportions. Les corrélations entre variables continues ont été évaluées par le coefficient r de Pearson éventuellement contrôlé pour une covariable (corrélation partielle). Une valeur $p < 0.05$ a été considérée comme significative.

La présentation des résultats se fait dans l'ordre suivant : analyse des paramètres démographiques (âge et sexe), discussion de l'impact des paramètres démographiques, analyse successive de l'IHLC, du PHLC, du ratio I/E et du CHLC en fonction de l'âge et contrôle, si nécessaire, pour le sexe.

Les autres paramètres démographiques classiques tels que l'origine ethnique, l'occupation et le niveau d'éducation ne sont pas pertinents dans cette étude. En effet, l'origine ethnique et l'occupation ont été fixées par les critères d'éligibilité et le niveau d'éducation, dans le design de cette étude, est dépendante directement de l'âge.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Distribution des âges

Le groupe total est composé de 814 sujets d'un âge moyen de 18 ans (+/- 3 ans). La distribution des âges est la suivante : tableau 1.

ANS	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
%	7.5	6.1	8.4	8.6	9.5	9.9	15.2	14.7	6.5	5.2	2.9	3.5	2

Tableau 1 : distribution des âges du groupe « sains ».

Il existe, au t-Test, des âges différents entre les deux sous-groupes ($t = -28.594$ $p < 0.001$). Le sous-groupe « école » est le plus jeune avec un âge moyen de 15,3 ans (+/- 1.8), le sous-groupe « UCL » a un âge moyen de 19.7 ans (+/- 2.2). Ce fait était prévisible puisque l'on pouvait s'attendre à ce que les étudiants de la faculté interrogent principalement des étudiants universitaires et donc de leur tranche d'âge.

	N	MOYENNE +/- DS
« Ecoles »	301	15.3 (+/- 1.8) ans
« UCL »	489	19.7 (+/- 2.2) ans
Total	790	18.0 (+/- 3.0) ans

Tableau 2 : comparaison des âges des sous-groupes

Distribution du « sexe »

Si le sexe ratio est de 329 hommes pour 436 femmes, soit un rapport de 0.75, il existe une différence de répartition des individus suivant le sexe entre les sous-groupes (tableau 3). Cette différence s'avère être statistiquement significative (χ^2 de Pearson = 63.259 $p < 0.001$). Si le sous-groupe « école » est à 60 % masculin, le sous-groupe « UCL » est composé à plus de 60 % de femmes.

	Filles N	Filles %	Garçons N	Garçons %
« Ecoles »	105	38	171	62
« LLN »	331	67.7	158	32.3
Total	436	53.6	329	40.4

Tableau 3 : répartition en fonction du sexe des sous-groupes.

Impact des paramètres démographiques:

Etant donné que les différences de la variable « âge » sont significatives entre les sous-groupes il faudrait, dans l'analyse statistique, tenir compte de ce paramètre si l'on compare les sous-groupes. Toutefois, comme nos hypothèses de corrélation sont formulées en fonction de l'âge, celui-ci est d'emblée contrôlé. De plus, comme nous ne nous intéressons pas aux différences entre les sous-groupes, mais qu'au contraire, nous considérons ces individus comme faisant partie d'un groupe total unique qui est celui des individus « normaux » dans l'adolescence, il ne doit pas être pris en compte. L'on pourrait tenir le même raisonnement par rapport à la différence de répartition du sexe entre les sous groupes. Toutefois, il faut tenir compte ici des études antérieures qui ont montré des différences de niveau du MHLC entre les garçons et les filles. Ce facteur « sexe » doit donc être contrôlé.

TEST DES HYPOTHESES

1ère hypothèse : augmentation de L'IHLC avec l'âge.

Contrairement à l'hypothèse d'une augmentation de l'IHLC avec l'âge durant l'adolescence, cette augmentation a un seuil de signification p non significative à 0.409 avec un coefficient r de Pearson de 0.03 ($N = 760$). Le coefficient partiel contrôlé pour le sexe s'avère, du point de vue de la probabilité, également non significatif $p = 0.230$ avec $r = 0.0448$. Une analyse statistique réalisée séparément pour les garçons et les filles ne met, non plus, aucune corrélation en évidence (garçon : $p = 0.726$, $r = 0.02$, $n = 420$; fille : $p = 0.182$, $r = 0.065$, $n = 420$). Si l'on contrôle l'existence d'une différence entre

filles et garçons, comme cela a été rapporté dans la littérature (Stanton et al 1995), on peut en effet remarquer que les garçons cotent plus haut que les filles de 0.8009 points (moyenne filles = 23.7 +/- 4.7 et moyenne garçon = 24.5 +/- 4.9, $t = 2.446$, $p = 0.015$).

2ième hypothèse : diminution du PHLC avec l'âge

On observe en effet une décroissance du PHLC avec l'âge. Pour cette relation le coefficient r de Pearson vaut -0.176 et le seuil de signification p est inférieur à 0.001 ($N = 762$). Le coefficient de corrélation partiel contrôlé pour le sexe est de -0.1675 avec un même seuil de signification.

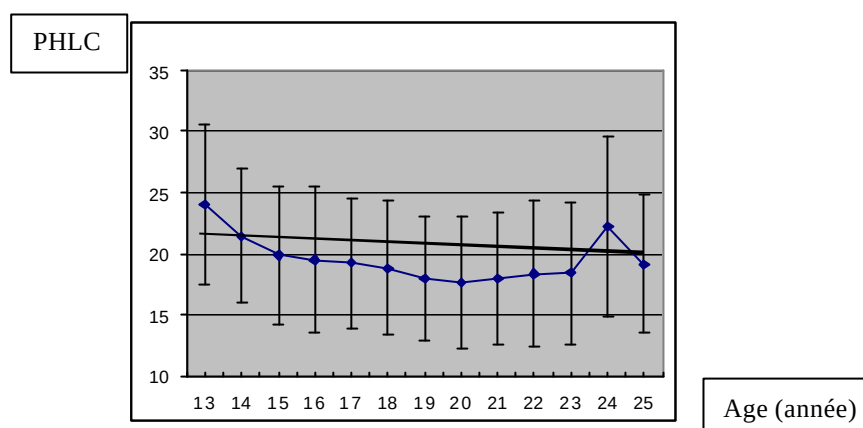


Figure 1 : PHLC moyen sujets « sains » en fonction de l'âge (an).

Une analyse séparée sur les filles et les garçons confirme l'existence d'une corrélation entre l'âge et le PHLC dans les deux sous-échantillons (garçon : $r = -0.160$, $p = 0.05$, $n = 338$; fille : $r = -0.173$, $p < 0.001$, $n = 424$).

3ième hypothèse : augmentation du rapport I/E

Conformément à nos hypothèses également, on observe une tendance statistique à une augmentation de l'internalité relative (figure 3) en fonction de l'âge. Le r de Pearson étant de 0.078 avec une tendance au seuil de signification $p = 0.035$ ($N = 736$). Le coefficient de corrélation partiel contrôlé pour le sexe vaut 0.0835 avec une probabilité légèrement plus forte $p = 0.027$.

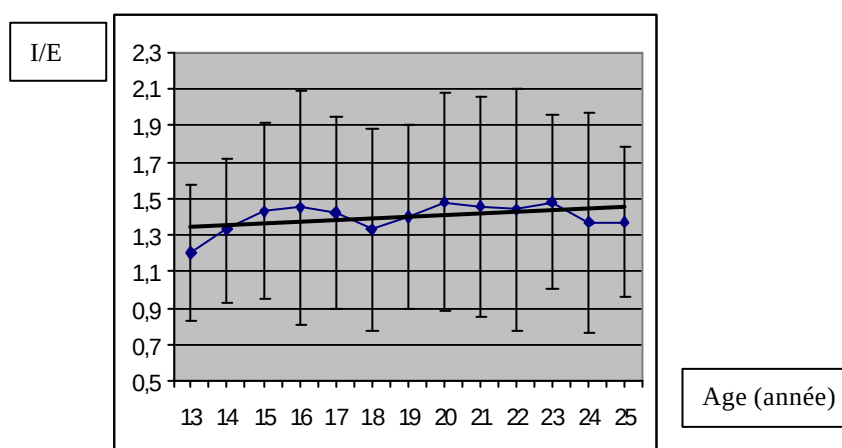


Figure 2 : Rapport I/E moyen sujets « sains » en fonction de l'âge (an)

Une analyse séparée sur les filles et les garçons ne met toutefois pas de relation en évidence, les niveaux de probabilité n'étant pas suffisants (garçon : $p = 0.147$, $r = 0.086$, $n = 284$; fille : $p = 0.099$, $r = 0.081$, $n = 415$).

4ième hypothèse : diminution du CHLC avec l'âge.

Contrairement à notre hypothèse, on observe à l'analyse statistique que le CHLC a tendance à augmenter durant l'adolescence avec une valeur r de Pearson égale à 0.061 et un seuil de signification p égal à 0.092 ($N = 735$). Cette tendance n'est pas retrouvée ni dans le coefficient partiel contrôlé pour le sexe ($p = 0.188$, $r = 0.049$), ni dans les analyses de corrélations séparées pour les garçons et les filles (garçon : $p = 0.382$, $r = 0.051$, $n = 299$; fille : $p = 0.328$, $r = 0.047$, $n = 426$).

DISCUSSION

Comme on le voit, si une partie de nos hypothèses est confirmée, il faut tenir compte du fait que c'est pour une faible partie de la variance. Ceci est néanmoins rassurant, il aurait en effet été étonnant qu'une évolution d'un paramètre aussi important que le sentiment de responsabilité par rapport à la santé dépende juste de l'âge. Enormément d'autres facteurs doivent intervenir comme l'attitude des parents par rapport à la santé, le milieu socioculturel, voire encore, comme cela a été montré par l'étude de Nada-Raja S. (Nada-Raja et al 1994), des phénomènes événementiels ou constitutionnels tels que la force physique pour les garçons.

Il semble donc que l'on puisse retenir 3 notions qui confortent les observations faites par Stanton et vont même au-delà. En effet, s'il a mis en évidence les changements de PHLC et de CHLC chez les filles avec l'âge, dans notre étude c'est également le cas pour les garçons :

1) Le sentiment de responsabilité par rapport à la santé à l'adolescence n'évolue pas tellement par une augmentation en soi (IHLC) mais plutôt par une diminution du sentiment que les autres ont une responsabilité sur notre santé. Le sentiment personnel de responsabilité se constitue plus tôt et il a, dès l'adolescence, des valeurs semblables à celles qu'on trouve dans un échantillon contrôle plus âgé. En effet si nous comparons le niveau d'IHLC moyen (IHLC 24.1 +/- 4.7, $N = 782$) de notre échantillon avec un échantillon d'adultes nationaux contrôle (IHLC 22.7 +/- 4.3, $N = 49$, âge = 41.6 ans +/- 10.9) constitué précédemment (Reynaert et al 1995d, Zdanowicz et al 1998a), il est statistiquement le même (t student = 2.0348, $p = 0.975$).

2) La déresponsabilisation des autres (PHLC) est importante puisque c'est uniquement sur elle et malgré une augmentation du CHLC que l'on observe une augmentation de l'internalité relative au ratio Internalité / Externalité. Trois hypothèses peuvent être formulées quant à l'origine de cette évolution :

- soit il s'agit d'un travail qui trouve son origine chez l'adolescent qui ne reconnaît plus aux autres le droit de s'ingérer dans sa santé,
- soit ce sont les éducateurs (les parents) qui se désinvestissent et l'adolescent reprend sa santé en main,
- ou plus vraisemblablement c'est par ces deux mouvements concomitants que se fait l'évolution.

3) Enfin il est étonnant de voir que plus on grandit plus on pense que le hasard (CHLC) intervient dans la gestion de notre santé. Peut-être s'agit-il là de la réattribution d'une pensée magique de toute-puissance des parents qui devaient mythiquement nous protéger contre tous les maux et qui est déplacée sur le destin et la chance...

CONCLUSION

Dans la suite de ces constatations, il nous semble que cette étude peut avoir des implications pratiques par exemple :

Si l'on veut qu'un adolescent souffrant d'une maladie chronique depuis l'enfance devienne l'acteur de son traitement, rien ne servirait de le responsabiliser directement, il y aurait lieu plutôt de lui signifier que maintenant ce ne sont plus ses parents qui sont responsables. En même temps, il faudrait demander aux parents de déléguer la gestion du traitement à leur enfant. On pourrait tenir le même raisonnement par rapport, par exemple, au management du suivi des jeunes greffés. Cette étude laisse entrevoir également que les campagnes de prévention primaire devraient s'adresser non seulement aux adolescents mais également à leurs parents. Le message pour les adolescents devrait, plutôt qu'être direct comme «la santé c'est votre affaire », être indirect et insister sur le fait que leur santé n'est plus le job de leurs parents. Le message auprès des parents serait une invitation à désinvestir leur rôle par rapport à la santé.

Les implications pour les maladies de novo se posent de manière différente. En effet rien ne prouve que chez les adolescents atteints d'une maladie et en particulier d'une maladie psychique, il n'y ait pas des caractéristiques au MHLC différentes. Aussi nous essaierons dans une prochaine étude de comparer les MHLC de notre groupe de jeunes «sains » et ceux de sujets malades. Il en est de même par rapport aux sujets ayant des comportements à risque. Bien que l'on puisse facilement soupçonner que ces sujets aient une internalité plus faible que les « normaux », cela reste à démontrer.

BIBLIOGRAPHIE

- Nada-Raja S., McGee R., Williams S. Health beliefs among New Zealand adolescents. *J of Paed and Child Health* **30**: 523-529, 1994.
- Olson D.H., Sprenkle D.H., Russell C.S. Circumplex model of marital and family systems : Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process* **12** : 179-188, 1973.
- Olson D.H., Killorin E. *Clinical rating scale for circumplex model (revised version)*. St Paul MN : Family Social Science, University of Minnesota Press, 1985.
- Olson D.H. Circumplex model : validation studies FACES III. *Family process* **25** : 337-351, 1986.
- Olson D.H. *Tree-dimensional (3-D) circumplex model : theoretical and methodological advances*. Minnesota, University of Minnesota Press, 1991.
- Organisation Mondiale de la santé. *La santé des jeunes*. OMS, Genève, 1994.
- Pauwels A., Janne P., Reynaert Ch. De différents modèles de croyances envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis à vis de la santé : une tentative d'approche intégrative. *J de thérapie compor et cogn* **9** : 99-107, 1999.
- Reynaert Ch., Janne P., Donckier J., Buysschaert M., Zdanowicz N., Lejeune D., Cassiers L. Locus of control and metabolic control. *Diab Métab* **21**: 180-187, 1995a.
- Reynaert Ch., Janne P., Vause M., Zdanowicz N., Lejeune D. Clinical trials of antidepressants: The hidden face: Where Locus of control appears to play a key role in depression outcome. *Psychopharmacol* **119**: 449-454, 1995b.
- Reynaert Ch., Janne P., Delire V., Pirard M., Randour Ph., Collard E., Installé E., Coche E., Cassiers L. To control or to be controlled ? From health locus of control to morphine during patient-controlled analgesia. *Psychoter and psychosom* **319** : 1-8, 1995c.
- Reynaert Ch., Janne P., Bosly A., Staquet P., Zdanowicz N., Vause M., Chatelain B., Lejeune D. From health locus of control to immune control: internal locus of control has a buffering effect on natural killer cell activity decrease in major depression. *Acta Psych Scand* **92**: 294-300, 1995d.
- Stanton W.R., Nada-Raja S., Langley J. Stability in the structure of health locus of control among adolescents. *British J of Clin Psychol* **34**: 279-287, 1995.
- Stubber M.L. Psychiatric aspects of organ transplantation in children and adolescents. *Psychosom* **34** : 379-389, 1993.
- Wallston K. A., Wallston B. S., De Vellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. *Health Educ Monog* **6**: 160-170, 1978.
- Wallston K.A., Wallston B.S., Smith M.S., Dobbins C.J. Perceived control and health. *Current Psychol Res and Revi* **6**: 5-25, 1987.
- Zdanowicz N., Reynaert Ch., Delaunois L., Janne P. Complications Psychiatriques des greffes d'organes. *Ann Méd-Psychol* **154**: 232-237, 1996.
- Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch., Roussaux J-P. The discrepancy between alcoholics' perceived control and actual skills. *Europ J of Psych* **12** : 205-221, 1998a.

Zdanowicz N., Reynaert Ch., Janne P., Installe E., Everard P., Deaunois L. Transplants and psychiatry. *Psychosom* **39** : 390-391, 1998b.

3.3.2 Comparaison des HLC entre adolescents « sains » et « en souffrance »

Article accepté Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale.

TITRE : Lieu de contrôle de la santé et prise en charge des adolescents

Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch.

RESUME :

Objectifs : examiner les différences de lieu de contrôle de la santé entre un échantillon « normal » de jeunes de 13 à 25 ans et un échantillon atteint de troubles mentaux. **Methode :** 814 jeunes « normaux » ont complété le questionnaire du lieu de contrôle multidimensionnel de la santé (MHLC) de Wallston et ont été comparés à un échantillon de 358 jeunes atteints de troubles mentaux

Résultats : Les jeunes appartenant au groupe sain présentent un niveau d'internalité HLC et du ratio internalité versus externalité supérieur au groupe « pathologique ». Inversement, le niveau du pouvoir des autres HLC et de la chance HLC est plus élevé chez les jeunes « pathologiques ». Si, contrairement, au groupe « sain », l'âge n'a aucune influence sur le lieu de contrôle des « pathologiques », le sexe est déterminant dans les deux groupes, en particulier sur l'internalité HLC.

Conclusions : les adolescents souffrant de troubles mentaux ont un défaut d'internalisation au lieu de contrôle multidimensionnel de la santé qui se marque tant par un sentiment de responsabilité personnel plus bas que par un niveau de dépendance aux autres plus élevé. Ceci a des implications non seulement sur le concept de maladie à l'adolescence mais également sur les modalités de prise en charge.

Mots clés : adolescence, santé, responsabilité.

INTRODUCTION

C'est en 1978 que Wallston K.A. et ses collaborateurs (Wallston et al 1978) développent l'échelle lieu de contrôle multidimensionnel (MHLC) qui interroge les croyances d'une personne quant à la responsabilité qu'elle exerce dans la détermination de son état de santé. Cette échelle est multidimensionnelle dans la mesure où elle permet de repérer trois types de croyances différents : deux «externes » et une «interne ». Les individus ayant un contrôle interne considèrent que les renforcements dont ils bénéficient dépendent des comportements qu'ils ont, c'est la sous-échelle internalité (IHLC). Les individus externes considèrent que leur santé est soit le fruit de la chance, du destin, c'est la sous-échelle chance (CHLC), soit de l'action de tierces personnes, c'est la sous-échelle pouvoir des autres (PHLC). Wallston (Wallston et al 1987) a montré que, la consistance interne de chaque sous-échelle du MHLC était suffisante (entre 0.67 et 0.77) et qu'elles étaient peu ou pas dépendantes. L'analyse des corrélations entre les trois sous-échelles montre que les sous-échelles IHLC et PHLC sont statistiquement indépendantes (0.124), les échelles IHLC et CHLC sont faiblement corrélées négativement (-0.293) et les échelles PHLC et CHLC sont faiblement corrélées positivement (0.204). De plus, les corrélations avec l'échelle de désirabilité sociale montrent que seule l'échelle CHLC est corrélée négativement avec l'échelle de désirabilité sociale (0.23) mais cette corrélation ne rend compte que de 6 % de la variance observée. La fiabilité test-retest se situe dans des proportions acceptables (au-delà de 0.70).

Depuis la création de cette échelle de nombreux travaux, dont une revue a été réalisée par Pauwels A. (Pauwels et al 1999), ont montré, que, notamment par l'intermédiaire d'attitudes préventives primaires et secondaires des individus, le MHLC était un bon prédicteur de l'état de santé tant en médecine qu'en psychiatrie. On retiendra toutefois que comme toutes les échelles, le MHLC a ses limites et notamment qu'il semble moins pertinent pour interroger le désir de contrôle et la valeur attribuée à la santé par l'individu (Pauwels et al 1999).

Dans l'ensemble de ces travaux, il n'existe à notre connaissance que deux chercheurs qui se sont servi du MHLC chez l'adolescent. L'étude de W.R. Stanton (Stanton et al 1995) porte sur l'utilité et la stabilité du MHLC à l'adolescence. Il a, outre confirmé l'utilité de l'emploi du MHLC, mis en évidence des différences entre les sexes dans le Lieu de Contrôle. Cet auteur trouve une modification du CHLC et du PHLC entre 13 et 15 ans mais uniquement chez les filles. La seconde étude de Nada-Raja S. (Nada-Raja et al 1994) porte sur un groupe de plus de 800 jeunes âgés de 15 ans. Cette recherche n'a donc pas étudié l'influence de l'âge sur le MHLC mais a mis en évidence des différences entre les sexes pour les niveaux de IHLC et de PHLC. Elle a ainsi montré l'influence des événements de vie négatifs et des croyances des mères à propos de leur Lieu de Contrôle dans la constitution d'un bas ou d'un haut niveau d'IHLC chez les filles. Chez les garçons, une corrélation a pu être établie entre un haut niveau de support social, d'attachement ou d'auto-perception de force avec un haut niveau d'IHLC. Toutefois, pour cet auteur, il y a peu d'intérêt à l'emploi du MHLC chez les jeunes parce qu'il n'a trouvé aucune corrélation entre le niveau de santé physique ou mentale et le MHLC. On notera cependant que l'échantillon de cette étude était un échantillon de jeunes a priori indemnes de maladies.

La question de l'évolution du MHLC avec l'âge nous a paru toutefois suffisamment importante que pour mériter plus d'attention. Ainsi, dans une précédente étude (Zdanowicz et al 2000) et dans la suite des travaux de Stanton, nous avons pu montrer dans un échantillon « normal », que si l'IHLC n'évoluait pas avec l'âge, le rapport de Internality/Externality (I/E) (c'est-à-dire l'internalisation relative telle que définie par Reynaert et al 1995a) augmentait et que le PHLC diminuait et ce, tant chez les garçons que les filles. Une des questions qu'amène cette constatation est évidemment de savoir, primo, si elle est également vraie chez les adolescents «malades » et secundo, s'il existe des différences de MHLC entre un échantillon « malade » et un échantillon « sain » ?

La réponse à ces questions peut avoir des conséquences sur différents secteurs de la prise en charge des adolescents. En effet, si les réponses à ces deux questions sont positives, on aurait vraisemblablement mis là en évidence un facteur de la santé des jeunes. De là, on peut imaginer non seulement disposer d'un instrument préventif pour lequel on pourrait imaginer des attitudes de prévention (primaire, secondaire ou même tertiaire) mais également, peut-être, un paramètre psychologique sur lequel une action psychothérapeutique peut-être tentée. Si nous prenons par exemple le domaine des greffes chez les enfants où Stubher M.L. (Stubher 1993) va jusqu'à dire que l'adhésion d'un enfant à un programme de greffe dépend d'abord de ses parents, on peut se demander quand et comment faut-il agir pour que l'adolescent le reprenne à son compte (Zdanowicz et al 1996 and 1998 a). De même, on peut espérer que la connaissance de l'évolution différentielle (« normal » / « anormal ») du MHLC avec l'âge influence différents secteurs de la pathologie juvénile tels que :

- Le changement de management psychologique de la prise en charge et de la prescription des médicaments entre l'enfance et l'adolescence et chez l'adolescent,
- Le changement de management psychologique des jeunes atteints d'une maladie chronique entre l'enfance et l'adolescence,
- La réponse thérapeutique aux antidépresseurs dans la dépression avec le MHLC comme cela a été montré dans la dépression chez l'adulte (Reynaert et al 1995 b),
- L'évaluation et le traitement psychologique des jeunes ayant des comportements à risque comme cela a été montré pour les adultes souffrant d'alcoolisme (Zdanowicz et al 1998 b),
- ...

Nos hypothèses peuvent donc se formuler en deux temps :

Un temps dynamique où il existe un retard d'internalisation relative avec l'âge entre un échantillon « sain » d'adolescents et un échantillon « malade » qui se marque dans l'échantillon « malade » par :

- 1a) Une augmentation plus lente (ou une absence d'augmentation) du rapport I/E,
- 1b) Une décroissance plus lente (ou une absence de décroissance) du PHLC,
- 1c) Une augmentation plus rapide (ou une absence d'augmentation) du CHLC.

Un temps statique où le retard entraîne des différences significatives entre l'échantillon «sain » et l'échantillon « malade » qui se traduisent dans l'échantillon « malade » par :

- 2a) Un rapport I/E plus faible,
- 2b) Un PHLC plus élevé,
- 2c) Un CHLC plus élevé.

De plus, puisque nous savons par les études antérieures qu'il n'y a pas d'influence de l'âge sur l'IHLC dans un échantillon normal, nous pouvons rajouter 2 hypothèses :

- 1d) Il n'y a pas, non plus, de rapport entre l'âge et l'IHLC dans l'échantillon « malade »,
- 2d) toutefois, l'IHLC est plus faible dans l'échantillon « malade ».

C'est afin d'avoir au moins des réponses à ces questions que nous avons mené cette étude.

METHODE

Cette étude a été menée entre décembre 1998 et juin 1999. Outre le MHLC, les sujets ont également décrit leur famille au moyen du questionnaire de circumplex de Olson (Olson et al 1973) dans sa troisième version (Olson et al 1985). L'intérêt de cette évaluation supplémentaire est de pouvoir corrélérer, dans une future étude et si nos hypothèses se confirment, le MHLC avec les liens familiaux. Nous avons employé les versions françaises du MHLC traduites par Janne P. et Mortreu B. (Janne 1989) et du FACES III de Olson par Fontaine P. (Fontaine 1985).

PARTICIPANTS ET PROCEDURE

Le groupe « sain » a été constitué par deux moyens de recrutement différents. Cette procédure a été utilisée afin d'obtenir des tranches d'âge différentes et des adolescents d'horizons différents. Le premier recrutement a été effectué dans chacune des 6 années d'enseignement secondaire général (c'est à dire normalement de 12 à 18 ans) de trois écoles secondaires différentes de la province de Namur. Nous avons demandé aux jeunes, en présence d'un psychiatre examinateur, de remplir outre les données socio-démographiques (âge, nom, sexe, niveau de scolarité, nationalité), le MHLC et l'échelle d'Olson sur leur famille d'origine et leur famille idéale. Le deuxième recrutement a été effectué par des étudiants universitaires en 2^{ème} licence de psychologie de l'université catholique de Louvain (UCL) qui ont fait passer un questionnaire anonyme comprenant la date de naissance et le sexe, le MHLC et le FACES III de Olson à des jeunes de leur entourage. Notre groupe « sain » est considéré, par défaut, comme « normal ». En effet, même s'il n'a pas été recruté dans un centre de consultation ou dans un hôpital, nous ne pouvons exclure que l'un ou l'autre des jeunes ne consultent ou n'aient été hospitalisés pour une raison ou une autre.

Le groupe d'adolescents « malades » a été constitué à partir des données systématiques encodées depuis 1990 pour les patients hospitalisés dans le service de médecine psychosomatique et de psychopathologie des cliniques de Mont-Godinne de l'Université Catholique de Louvain. L'enrôlement a été clôturé en décembre 1998. Les patients remplissent systématiquement en début d'hospitalisation et sous la supervision d'un psychologue, outre des données générales comprenant l'âge et la date de naissance, un questionnaire MHLC, un FACES III de Olson. De manière volontaire nous n'avons pas tenu compte des diagnostics et ce afin de respecter le caractère transnosographique de nos hypothèses. A titre d'information, nous les donnons toutefois (tableau 1).

<u>Axe I</u>	N	%
Nombre de diagnostics pour 358 adolescents	481	100,0
Absence de diagnostic	30	-
Plus de 1 diagnostic	121	-
Troubles de l'humeur	179	37
Troubles anxieux	71	14.7
Troubles liés aux hallucinogènes	64	13.2
Déficit de l'attention et comportement perturbateur	49	10.1
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	27	5.6
Troubles alimentaires	24	4.9
Troubles liés à l'alcool	23	4.8
Troubles somatoformes	18	3.7
Troubles de l'adaptation	9	1.8
Troubles de l'apprentissage	8	1.6
Troubles poly toxicomanies	7	1.4
Troubles factices	1	0.2
Retards Mentaux	1	0.2

Tableau 1 : diagnostics pour l'axe I – DSM IV

Dans la suite de l'article, le groupe d'adolescents « malade » est dénommé adolescents « en souffrance ».

Qu'ils appartiennent au groupe « sain » ou « en souffrance » les candidats devaient être :

4. âgés de 13 à 25 ans
5. d'état civil : célibataire ou couple non marié,
6. de statut socioprofessionnel : chômage, sans profession et/ou étudiant,

Ces trois critères sont ceux qui ont été proposés par l'OMS (OMS 1994) comme déterminant la « situation de l'adolescence ». Afin d'homogénéiser encore notre échantillon, les sujets devaient être : étudiants, caucasiens et parlant français.

ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

La réalisation des analyses statistiques a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS for Windows 95/98/NT Advanced Models 9.0S. Vu le nombre important de sujets et la nécessité de contrôler certaines co-variables nous avons réalisé les tests statistiques en paramétrique. Le test χ^2 de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les proportions. Les corrélations entre variables continues ont été évaluées par le coefficient r de Pearson éventuellement contrôlé pour une co-variable (corrélation partielle). Les variables quantitatives ont été comparées par le test t de Student et par une analyse de variance pondérée pour les co-variables. Les limites de signification sont : une tendance à $p \leq 0.1$, significatif à $p \leq 0.05$ et très nettement significatif à $p \leq 0.01$. Toutes les statistiques ont été faites de manière bilatérale.

La présentation des résultats se fait dans l'ordre suivant : analyse des paramètres démographiques (âge et sexe), discussion de l'impact de ces paramètres, analyse successive des hypothèses. Les autres paramètres démographiques classiques tels que l'origine ethnique, l'occupation et le niveau d'éducation ne sont pas pertinents dans cette étude. En effet, l'origine ethnique et l'occupation ont été fixées par les critères d'éligibilité et le niveau d'éducation, dans le design de cette étude, est dépendant directement de l'âge.

RESULTS

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Distribution des âges

Le groupe « sain » est composé de 814 sujets, entre 13 et 25 ans, d'un âge moyen de 18 ans avec un écart-type de 3 ans. Le groupe « en souffrance » est composé de 358 sujets d'un âge moyen de 20.5 ans (de 14 à 25 ans) avec un écart-type de 3 ans. Ces différences sont statistiquement significatives (t-test : $t = -13.179$ $p = 0.000$).

Distribution du « sexe »

Si le sexe ratio est de 329 hommes pour 436 femmes, soit un rapport de 0.75 dans le groupe « sain », il est de 129 hommes pour 229 femmes dans le groupe « en souffrance » soit un sexe ratio de 0.56. Ces différences sont statistiquement significatives (χ^2 de Pearson = 69.112 $p = 0.000$).

Impact des paramètres démographiques:

Etant donné que les différences de la variable « âge » sont significatives entre les groupes, il faut, dans l'analyse statistique, tenir compte de ce paramètre dans les comparaisons entre groupes. Toutefois comme les hypothèses numérotées de 1a) à 1d) sont des hypothèses de corrélation formulées en fonction de l'âge, ce facteur y est d'emblée contrôlé. Ceci n'est pas vrai pour la variable « sexe » qui devra, puisque les différences sont également significatives, être contrôlée en cas de résultat positif.

TEST DES HYPOTHESES

Hypothèse 1 :

Il existe un retard d'internalisation relative avec l'âge entre un échantillon « sain » d'adolescents et un échantillon « malade » qui se marque dans l'échantillon « malade » par :

- 1a) Une augmentation plus lente (ou une absence d'augmentation) du rapport I/E,
- 1b) Une décroissance plus lente (ou une absence de décroissance) du PHLC,
- 1c) Une plus rapide augmentation (ou une absence d'augmentation) du CHLC,
- 1d) Il n'y a pas (non plus) de rapport entre l'âge et l'IHLC dans l'échantillon « malade ».

Comme on peut le voir dans le tableau 2, ces hypothèses sont directement confirmées. En effet, quand on examine les seuils de signification, aucune corrélation n'est trouvée. Tout semble donc se passer comme si chez les sujets « en souffrance » il n'existe plus (ou pas) d'évolution de ces paramètres avec l'âge, comme si l'évolution « normale » était bloquée. La seule exception concerne l'IHLC puisque chez les sujets normaux il n'existe pas non plus d'évolution avec l'âge. On note en plus, comme cela a déjà été mis en évidence chez les sujets « sains », que les garçons scorent plus haut que les filles (moyenne filles = 21.7 sd = 5.6 et moyenne garçons = 24.2 sd = 6.5).

GROUPE « EN SOUFFRANCE »	I/E N=354	PHLC N=355	CHLC N=354	IHLC N=354
r de Pearson	-0.01	0.072	-0.018	0.019
P	0.845	0.174	0.732	0.721

Tableau 2 : Corrélations des paramètres MHLC avec l'âge - groupe « en souffrance ».

Hypothèse 2 :

Le retard d'internalisation relative entraîne des différences significatives entre l'échantillon « sain » et l'échantillon « malade » qui se traduisent dans l'échantillon « malade » par :

- 2a) Un rapport I/E plus faible,
- 2b) un PHLC plus élevé,
- 2c) un CHLC plus élevé.
- 2d) un IHLC est plus bas.

L'ensemble de ces hypothèses s'avèrent confirmées par le test de Student (tableau 3).

MHLC	EGALITE DES MOYENNES T	Df	P	MOYENNE	DEVIATION STD	DELTA	N
I/E	8.629	1105	0.000			0.28	
« sain »				1.40	0.5		754
« souffrant »				1.12	0.4		353
PHLC	-7.961	1136	0.000			-3.1	
« sain »				19.2	5.8		783
« souffrant »				22.3	6.3		355
CHLC	-5.762	1139	0.000			-0.3	
« sain »				17.9	5.5		787
« Souffrant »				19.9	5.8		354
IHLC	4.498	1134	0.000			1.5	
« sain »				24.1	4.7		782
« souffrant »				22.6	6.1		354

Tableau 3: Comparaison du MHLC des groupes « sains » versus « en souffrance ».

Le contrôle de ces données par une analyse de variance pondérée pour l'âge (tableau 4) confirme qu'indépendamment de l'âge, ces différences sont significatives.

MHLC	F PONDÉRE POUR L'ÂGE	Df	P	MOYENNE	STD	N
I/E « sain »	80.635	1	0.000	1.40	2.3	736
« souffrant »				1.12	1.8	353
PHLC « sain »	78.304	1	0.000	19.0	24.7	762
« souffrant »				22.3	628.7	355
CHLC « contrôle »	31.526	1	0.000	17.9	23.3	765
« Souffrant »				19.9	26.6	354
IHLC « sain »	19.905	1	0.000	24.1	20.2	760
« souffrant »				22.6	27.8	354

Tableau 4: Comparaison du MHLC des groupes « sain » versus « souffrant » pondérée pour l'âge

Le contrôle de ces données par une analyse de variance pondérée pour le sexe (tableau 5) confirme ces résultats sauf pour l'IHLC où l'effet « sexe » semble déterminant dans les comparaisons inter-groupe.

	MOYENNE FILLES	MOYENNE GARÇONS	F PONDÉRE POUR LE « SEXE »	P
I/E « sain »	1.37 (N = 418 DS = 0.51)	1.44 (N = 294 DS = 0.57)	19.854	0.000
« souffrant »	1.08 (N = 226 DS = 0.39)	1.19 (N = 127 DS = 0.42)		
t-test Student	t = 7.361, p = 0.000, df = 642	t = 4.456, p = 0.000, df = 419		
PHLC « sain »	18.9 (N = 427 DS = 5.6)	19.5 (N = 311 DS = 6.0)	28.689	0.000
« souffrant »	21.9 (N = 227 DS = 6.3)	22.9 (N = 128 DS = 6.1)		
t-test Student	t = -6.18, p = 0.000, df = 652	t = -5.36, p = 0.000, df = 437		
CHLC « sain »	18.2 (N = 429 DS = 5.3)	17.5 (N = 310 DS = 5.7)	14.199	0.000
« souffrant »	20.7 (N = 226 DS = 5.6)	19.8 (N = 128 DS = 6.2)		
t-test Student	t = -3.98, p = 0.000, df = 653	t = -3.76, p = 0.000, df = 436		
IHLC « sain »	23.7 (N = 423 DS = 4.7)	24.6 (N = 314 DS = 4.8)	11.107	0.539
« souffrant »	21.7 (N = 227 DS = 5.6)	24.2 (N = 127 DS = 6.5)		
t-test Student	t = 4.943, p = 0.000, df = 648	t = 0.614, p = 0.539, df = 439		

Tableau 5: Comparaison du MHLC des groupes « sain » versus « souffrant » pondérée pour le sexe et comparaison inter-groupe pour un même sexe.

Si l'on compare les individus du même sexe, on peut également penser que l'état de maladie se caractérise de manière différente pour les garçons et les filles du point de vue de l'IHLC (tableau 5).

DISCUSSION

Comme on le voit, si nos hypothèses sont confirmées, il faut se rappeler que l'évolution qui a été décrite en fonction de l'âge chez les adolescents « normaux » n'est vraie que pour une faible partie de la variance. Ceci est d'ailleurs rassurant, il aurait en effet été étonnant qu'une évolution d'un

paramètre aussi important que le sentiment de responsabilité par rapport à la santé dépende uniquement de l'âge.

Il semble que notre étude permette de retenir 3 notions qui poursuivent les observations faites par Stanton (Stanton et al 1995) et Zdanowicz (Zdanowicz et al 2000) chez les adolescents « sains » :

1) Le sentiment de responsabilité par rapport à la santé (IHLC), à l'adolescence, semble déjà prédéterminé puisqu'il n'évolue plus avec l'âge, que cela soit chez les sujets «sains » ou «en souffrance ». Il se situe néanmoins d'emblée à un niveau moins élevé chez les adolescents «en souffrance » par rapport aux sujets « sains ».

2) L'évolution décrite chez les sujets « sains », qui comprend une élévation de l'internalité relative, de la dimension «chance » et une diminution de la dimension «pouvoir des autres » avec l'âge, ne se produit pas chez les adolescents en «souffrance ». De plus, les sujets «en souffrance » ont des niveaux plus élevés de «chance » et de «pouvoir des autres » et un niveau plus bas d'internalité relative. Ceci revient à dire que les jeunes « en souffrance » attendent plus des autres et de la chance (ou du destin) et croient moins en leur propre possibilité d'en sortir. Trois explications peuvent être avancées quant à l'origine de cette non évolution :

- soit il s'agit d'une fragilité développementale par rapport à la possibilité de « tomber malade ». On n'imagine pas en effet qu'elle puisse être autre chose que développementale et Nada-Raja S. (Nada-Raja et al 1994) a d'ailleurs montré l'influence des croyances des mères sur leur fille ou bien encore l'influence de phénomènes événementiels ou constitutionnels chez les garçons.
- soit c'est l'état de maladie qui rend les jeunes aussi peu confiants en eux et autant en attente de l'extérieur.
- soit il y a des interactions entre ces deux explications de telle façon que : « plus je manque de confiance en moi et je compte sur les autres, plus je suis susceptible de tomber malade, plus je manque de confiance en moi et j'attends des autres ».

Comme il n'existe pas d'étude prospective faite avec le MHLC (sauf celle de Thomas PD (Thomas and al 1983), mais qui ne porte pas sur les maladies mais sur la probabilité d'intégration sociale des personnes âgées à 5 ans en fonction de leur MHLC) il est certainement difficile d'affirmer que la première explication est solidement validée. Il n'existe donc à l'heure actuelle que des éléments indirects pour le faire (Pauwels et al 1999). Néanmoins, comme dans le cas du diabète chez l'adulte où l'internalité a pu être corrélée avec un meilleur contrôle du diabète par les patients (Reynaert et al 1995c), nous pouvons considérer que le MHLC est un indicateur prédictif du fait d'adopter des attitudes en faveur de la santé. La troisième explication nous paraît donc la plus vraisemblable.

3) On retiendra l'attitude des garçons «en souffrance » qui semble quelque peu paradoxale, où ils continuent à croire qu'ils sont en position de maîtrise par rapport à leur santé.

CONCLUSION

Dans la suite de ces constatations, il nous semble que cette étude peut avoir différentes implications pratiques :

Du point de vue de la prévention primaire, cette étude montre la nécessité de campagnes responsabilisant les adolescents. Le message devrait être formulé moins dans le sens d'un «vous

êtes responsables de votre santé » que dans le sens « la santé est une affaire sérieuse, ne la laissez pas aux autres ni à la chance ou au destin ».

Du point de vue de la prévention secondaire, on posséderait là un instrument de dépistage par rapport aux comportements à risque qu'adoptent bon nombre d'adolescents. Il y aurait moyen de prédire, par exemple, le risque de dépendance tabagique, alcoolique ou autre chez un adolescent qui en est encore à la période d'essai - initiation de ces substances.

Du point de vue de la prévention tertiaire et du curatif, il est nécessaire dans la prise en charge des adolescents malades de veiller à ce que les parents délèguent progressivement leurs responsabilités par rapport aux soins à leurs adolescents, comme il est nécessaire que le médecin souligne que sans la collaboration du jeune, il y a moins d'espoir de réussite. Dans la même logique, il faut sans doute faire attention aux garçons qui ont l'air de dire qu'ils maîtrisent alors qu'il n'en n'est sans doute rien. Du point de vue de l'efficacité des antidépresseurs chez les jeunes, on possède peut-être ici un des facteurs qui explique le manque de réponse thérapeutique en-dessous de 16 ans. En effet, chez les adultes, Reynaert (Reynaert et al 1995b) a montré que quand le niveau d'internalité est faible, la réponse est moins bonne.

Enfin cette étude semble restituer aux troubles mentaux de l'adolescence une perspective développementale qui n'est pas sans rappeler la notion de crise d'adolescence des années quatre-vingts comme équivalent d'une crise de santé. S'il n'est certainement plus question de dire que la symptomatologie psychique à l'adolescence est un signe de santé mentale, l'étude permet néanmoins de remettre en valeur les apports de Mâle (Mâle 1982) et Laufer (1975). Ces auteurs défendaient en effet la nécessité d'une évaluation métapsychologique globale avant de diagnostiquer l'existence d'une maladie et une nosographie du développement. Cette façon de concevoir la nosographie oriente la pathologie juvénile plus vers une clinique des pathologies du développement que, comme il y a une tendance actuellement, vers une clinique des pathologies entravant le développement. Il reste néanmoins à préciser, dans une future étude, les déterminants, en particulier familiaux, qui peuvent faire entrave.

REFERENCES

- DSM IV (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. Fourth edition. American Psychiatric Association press, Washington.
- Fontaine P. (1985). Famille saine ; esquisse conceptuelle générale. *Théra familiale* 3 : 267-282.
- Janne P. (1989). De la douleur à la plainte : pour une compréhension psychosomatique de l'ischémie myocardique dite silencieuse. Thèse de doctorat., Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education Université, Catholique de Louvain.
- Laufer M. (1975), Troubles psychiques chez les adolescents. Le Centurion, Paris.
- Mâle P. (1982), La crise juvénile. Payot, Paris.
- Nada-Raja S, McGee R, Williams S. (1994). Health beliefs among New Zealand adolescents. *Journal of Paediatric and Child Health*, 30, 523-529.
- Olson DH, Sprenkle DH, Russell CS. (1973). Circumplex model of marital and family systems : Cohesion and adaptability dimensions, family types and clinical applications. *Family Process*, 12, 179-188.
- Olson DH, Killorin E. (1985). Clinical rating scale for circumplex model (revised version). University of Minnesota Press, St Paul MN Family Social Science.
- Olson DH. (1986). Circumplex model : validation studies FACES III. *Family process*, 25, 337-351.
- Olson DH. (1991). Tree-dimensional (3-D) circumplex model : theoretical and methodological advances. University of Minnesota Press, Minnesota.
- Organisation Mondiale de la santé. (1994). La santé des jeunes. OMS, Genève.
- Pauwels A, Janne P, Reynaert Ch. (1999). De différents modèles de croyances envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis à vis de la santé : une tentative d'approche intégrative. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 9, 99-107.
- Reynaert Ch, Janne P, Delire V, et al. (1995a). To control or to be controlled ? From health locus of control to morphine during patient-controlled analgesia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 319, 1-8.
- Reynaert Ch, Janne P, Vause M, et al. (1995b). Clinical trials of antidepressants: The hidden face: Where Locus of control appears to play a key role in depression outcome. *Psychopharmacology*, 119, 449-454.
- Reynaert Ch, Janne P, Donckier J, et al. (1995c). Locus of control and metabolic control. *Diabète et Métabolisme* 21, 180-187.
- Stanton WR, Nada-Raja S, Langley J. (1995). Stability in the structure of health locus of control among adolescents. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 279-287.
- Stubber ML. (1993), Psychiatric aspects of organ transplantation in children and adolescents. *Psychosomatics*, 34, 379-389.
- Thomas PD, Hooper EM. (1983). Healthy elderly : social bonds and locus of control. *Research in nursing and health*, 6, 11-16.
- Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. *Health Educ Monog*, 6, 160-170.

- Wallston KA, Wallston BS, Smith MS, et al. (1987). Perceived control and health. *Current Psychol Res and Reva*, 6, 5-25.
- Zdanowicz N, Reynaert Ch, Delaunois L, et al. (1996). Complications Psychiatriques des greffes d'organes. *Ann Méd-Psychol*, 154, 232-237.
- Zdanowicz N, Janne P, Reynaert Ch, et al. (1998a). The discrepancy between alcoholics' perceived control and actual skills. *Europ J of Psych*, 12, 205-21.
- Zdanowicz N, Reynaert Ch, Janne P, et al. (1998b). Transplants and psychiatry. *Psychosom*, 39, 390-391.
- Zdanowicz N, Janne P, Reynaert Ch. (2001). Evolution du lieu de contrôle de la santé durant l'adolescence. *Louvain Médicale*, sous presse.

3.3.3 Comparaisons des FACES III entre adolescents « sains » et « en souffrance »

Article soumis

TITRE : Comparaison des liens familiaux entre un échantillon d'adolescents « sains » et atteints de troubles mentaux.

Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch.

MOTS CLES :

adolescence, famille, Olson, age.

RESUME :

Objectifs : examiner les différences de liens familiaux entre un échantillon « normal » de jeunes de 13 à 25 ans et un échantillon atteint de troubles mentaux. **Méthode :** 814 jeunes « normaux » ont complété le questionnaire de Olson sur leur famille d'origine et ont été comparés à un échantillon de 358 jeunes atteints de troubles mentaux. **Résultats :** Les jeunes appartenant au groupe sain sont issus de familles nettement plus cohésives et adaptables que ceux du groupe « pathologique ». Il apparaît également que les jeunes « pathologiques » sont issus préférentiellement des catégories « désengagées - structurées » et « désengagées – rigides » du modèle d'Olson. Si le sexe n'a aucune influence dans ces deux groupes, l'âge détermine un abaissement progressif de la cohésion chez les jeunes normaux. **Conclusions :** Si l'adolescence « normale » se marque par un abaissement de la cohésion de la famille d'origine avec l'âge, les adolescents souffrant de troubles mentaux sont d'emblée issus de familles moins cohésives et moins adaptables que les jeunes « normaux ».

INTRODUCTION

Le modèle circumplex de Olson [1] a pour objectif d'évaluer deux dimensions (2 axes) du fonctionnement d'un système relationnel: la cohésion et l'adaptabilité. La cohésion se définit sur base des « liens émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres ». L'adaptabilité est « l'habilité du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles dans ces relations en réponse à une situation ou une évolution stressante ». Même s'il existe deux formes de passation du questionnaire de Olson, l'une qui est une hétéro-évaluation destinée à être effectuée par des professionnels et l'autre qui est une auto-évaluation, ces deux formes se réfèrent au même modèle bi-axial. Dans cette étude, nous avons employé le test d'auto-passation. Cette forme connue sous le terme de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) [1, 2] permet une évaluation rapide et chiffrée des deux axes décrivant ainsi un style d'interaction et de structure au sein du système. Le questionnaire comporte 20 questions (10 par axe) auxquelles le sujet répond en termes de fréquence (de 1 à 5). Quand on additionne les cotes, on obtient deux scores globaux (minimum 10, maximum 50), l'un pour l'adaptabilité, l'autre pour la cohésion. Le modèle est conçu de telle façon que pour ces deux dimensions la « santé » familiale se retrouve dans les valeurs médianes des deux axes, à savoir le « séparé-relié » pour la cohésion et le « structuré-flexible » pour l'adaptabilité. La « santé », dans ce modèle, est donc un centre intermédiaire, elle est une normalité par équilibre. L'avantage de ce système de classification est d'éviter une catégorisation strictement linéaire telle qu'on la retrouve par exemple dans le modèle de Beavers-Timberlawn [3] où une ligne unique glisse de l'état de pathologie à l'état de santé. Si le système bi-axial de Olson apporte certainement une richesse supplémentaire, il a néanmoins été critiqué par son côté encore trop normatif, en quelque sorte bi-normatif au lieu de mono-normatif [4, 5]. Une représentation graphique du modèle est composée des deux axes perpendiculaires d'adaptabilité en ordonnée et de cohésion en abscisse. Les quatre gradations de chaque dimension donnent lieu à une sectorisation en seize sous-types différents susceptibles de caractériser une famille. De plus, trois zones sont mises en exergue suivant le caractère équilibré, moyen ou extrême du fonctionnement.

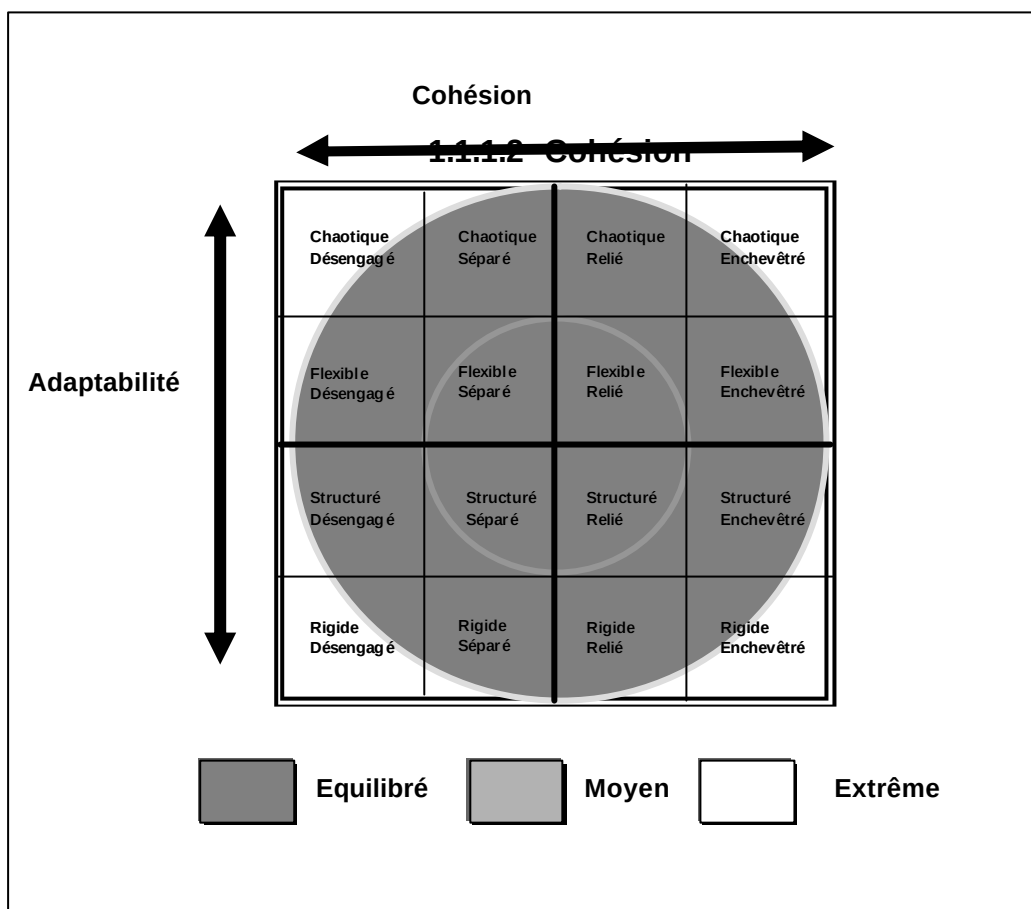


Figure 1 : FACES III

Il est impossible de faire une revue de la littérature de tous les domaines dans lesquels le FACES III a été employé tant le champ est large. Il va de l'étude des réactions de la famille suite au séjour d'un enfant en soins intensifs [6] à la probabilité de rechute de schizophrénie en fonction des interactions familiales [7]. En nous concentrant sur notre sujet, les liens entre adolescence - famille et maladies, on trouve un certain nombre d'études qui ont déjà investigué les relations entre telle ou telle pathologie et le fonctionnement familial (Tableau 1).

AUTEUR	SUJET INVESTIGUE	AGE	CORRELATIONS AVEC LE OLSON
Coburn and al [8]	Boulimie	Filles universitaires	Les boulimiques ont des familles peu cohésives L'adaptabilité n'a pas d'influence
Kashani and al [9]	Dépression	< 13 ans	Les enfants dépressifs ont des familles désengagées. L'adaptabilité n'a pas d'influence
Lawler and al [10]	Contrôle du diabète	15-18 ans	Il existe une corrélation entre ctrl du diabète et cohésion, les désengagés ayant les pires résultats
Lundholm and al [11]	Troubles du co. Alimentaire (DCA)	Filles universitaires	Les étudiantes ayant des DCA ont des familles extrêmes
Michaels and al [12]	Difficultés d'apprentissage (DA)	6-12 ans	Les enfants ayant des DA ont des familles extrêmes
Prange and al [13]	Troubles émotionnels	12-18 ans	Les adolescents présentant des troubles émotionnels ont des familles désengagées. La faible cohésion est corrélée avec un taux élevé de psychopathologies
Tubiana and al [14]	Contrôle du diabète	7-13 ans	La cohésion et l'adaptabilité sont proportionnelles à l'adhérence au traitement. Famille rigide et désengagée = mauvais contrôle du diabète

Tableau 1 : FACES III et adolescence : la littérature

L'objectif que nous avons fixé à cette étude est pratiquement construit à l'envers de ces auteurs. Plutôt que de partir d'un échantillon présentant une pathologie donnée pour la comparer à un échantillon « sain », nous sommes partis d'un échantillon « sain » de jeunes et l'avons comparé à un échantillon « pathologique » en général. En effet, on peut se demander si les caractéristiques familiales représentent une fragilité pour une pathologie donnée ou, comme le laissent déjà supposer les résultats de Prange et al [13], si elles représentent une fragilité face aux maladies. Enfin, nous voulions contrôler l'influence du sexe et de l'âge.

METHODE

Cette étude a été menée entre décembre 1998 et juin 1999. Outre le FACES III, les sujets ont également rempli le multidimensional health locus of control (MHLC) [15] qui interroge les croyances d'une personne quant à la responsabilité qu'elle exerce dans la détermination de son état de santé. L'intérêt de cette évaluation supplémentaire est de pouvoir corréler, dans une future étude, si nos hypothèses se confirment, les liens familiaux avec le MHLC. Nous avons employé la version française

du FACES III de Olson traduite par Fontaine P. [16] et du MHLC traduite par Janne P. et Mortreu B. [17].

PARTICIPANTS ET PROCEDURE

Le groupe « sain » a été constitué par deux moyens de recrutement différents. Cette procédure a été utilisée afin d'obtenir des tranches d'âge différentes et des adolescents d'horizons différents. Le premier recrutement a été effectué dans chacune des 6 années d'enseignement secondaire général (c'est à dire normalement de 12 à 18 ans) de trois écoles secondaires différentes de la Province de Namur. Nous avons demandé aux jeunes, en présence d'un psychiatre examinateur, de remplir outre les données socio-démographiques (âge, nom, sexe, niveau de scolarité, nationalité), l'échelle d'Olson sur leur famille d'origine et leur famille idéale et le MHLC. Le deuxième recrutement a été effectué par des étudiants universitaires en 2^{ème} licence de psychologie de l'Université Catholique de Louvain (UCL) qui ont fait passer un questionnaire anonyme comprenant la date de naissance et le sexe, le MHLC et le FACES III de Olson à des jeunes de leur connaissance. Notre groupe « sain » est considéré, par défaut, comme « normal ». En effet, s'il n'a pas été recruté dans un centre de consultation ou dans un hôpital, nous ne pouvons exclure que l'un ou l'autre des jeunes ne consultent ou n'aient été hospitalisés pour une raison ou une autre.

Le groupe d'adolescents « malades » a été constitué à partir des données systématiques encodées depuis 1990 pour les patients hospitalisés dans le service de médecine psychosomatique et de psychopathologie des cliniques de Mont-Godinne de l'Université Catholique de Louvain. L'enrôlement a été clôturé en décembre 1998. Les patients remplissent systématiquement en début d'hospitalisation et sous la supervision d'un psychologue, outre des données générales comprenant l'âge et la date de naissance, un questionnaire MHLC, un questionnaire de Olson. De manière volontaire, nous n'avons pas tenu compte des diagnostics et ce afin de respecter le caractère transnosographique de nos hypothèses. A titre d'information, nous les donnons toutefois (tableau 2).

<u>Axe I</u>	N	%
Nombre de diagnostics pour 358 adolescents	481	100,0
Absence de diagnostic	30	-
Plus de 1 diagnostic	121	-
Troubles de l'humeur	179	37
Troubles anxieux	71	14.7
Troubles liés aux hallucinogènes	64	13.2
Déficit de l'attention et comportement perturbateur	49	10.1
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	27	5.6
Troubles alimentaires	24	4.9
Troubles liés à l'alcool	23	4.8
Troubles somatoformes	18	3.7
Troubles de l'adaptation	9	1.8
Troubles de l'apprentissage	8	1.6
Troubles poly toxicomanies	7	1.4
Troubles factices	1	0.2
Retards Mentaux	1	0.2

Tableau 2 : diagnostics pour l'axe I – DSM IV [18]

Dans la suite de l'article, le groupe d'adolescents « malades » est dénommé adolescents « en souffrance ».

Qu'ils appartiennent au groupe « sain » ou « en souffrance » les candidats devaient être :

7. âgés de 13 à 25 ans
8. d'état civil : célibataire ou couple non marié,
9. de statut socioprofessionnel : chômage, sans profession et/ou étudiant,

Ces trois critères sont ceux qui ont été proposés par l'OMS [19] comme déterminant la « situation de l'adolescence ». Afin d'homogénéiser encore notre échantillon, les sujets devaient être : étudiants, caucasiens et parlant français.

ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

La réalisation des analyses statistiques a été faite à l'aide du logiciel SPSS for Windows 95/98/NT Advanced Models 9.0S. Etant donné le nombre important d'observations et la nécessité d'analyser l'influence de certaines co-variables nous avons utilisé des tests paramétriques. Le test χ^2 de Pearsons ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les proportions. Les corrélations entre variables continues ont été évaluées par le coefficient r de Pearson. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Mann-Whitney, le test t de Student et ce afin d'avoir une double analyse en non paramétrique et en paramétrique. De plus, pour comparer les distributions entre les trois zones du modèle de Olson équilibré, moyen ou extrême nous avons employé le test de randomisation de Cochran. Les limites de signification sont : une tendance à p = 0.1, significatif à p = 0.05 et très nettement significatif à p = 0.01 ou 0.001.

La présentation des résultats se fait dans l'ordre suivant : analyse des paramètres démographiques (âge et sexe), discussion de l'impact de ces paramètres, comparaison des scores des deux échantillons, étalonnage du modèle de Olson, distribution des 2 échantillons dans les trois zones et les 16 quadrants, corrélation avec le sexe et l'âge. Les autres paramètres démographiques classiques tels que l'origine ethnique, l'occupation et le niveau d'éducation ne sont pas pertinents dans cette étude. En effet, l'origine ethnique et l'occupation ont été fixées par les critères d'éligibilité et le niveau d'éducation, dans le design de cette étude, est dépendant directement de l'âge.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Distribution des âges

Le groupe « sain » est composé de 814 sujets, entre 13 et 25 ans, d'un âge moyen de 18 ans avec un écart-type de 3 ans. Le groupe « en souffrance » est composé de 358 sujets d'un âge moyen de 20.5 ans (de 14 à 25 ans) avec un écart-type de 3 ans. Ces différences sont statistiquement significatives (t-Test : $t = -13.179$ $p = 0.000$).

Distribution du « sexe »

Si le sexe ratio est de 329 hommes pour 436 femmes, soit un rapport de 0.75 dans le groupe « sain », il est de 129 hommes pour 229 femmes dans le groupe « en souffrance » soit un sexe ratio de 0.56. Ces différences sont statistiquement significatives (χ^2 de Pearson pour le test de Fisher = 69.112 $p = 0.000$).

Impact des paramètres démographiques:

Indépendamment des hypothèses qui comprennent une étude de corrélation avec l'âge et le sexe, nous pouvons constater que les différences de distributions entre les deux groupes sont suffisamment importantes que pour qu'il faille contrôler ces paramètres.

TEST DES HYPOTHESES

Différences de cohésion et d'adaptabilité entre les deux groupes

A l'analyse du tableau 3 on constate rapidement par le test t de Student, qu'il existe des différences significatives entre les familles des groupes «sains » et «en souffrance ». Les adolescents «en souffrance » ont des familles moins adaptables et moins cohésives.

OLSON FACES III	T (T-TEST)	Df	P	MOYENNE	DEVIATION STD	n
Adaptabilité	3.432	1055	0.001			
« contrôle »				26.5	5.7	716
« Souffrant »				25.2	6.3	341
Cohésion	11.6	1099	0.000			
« contrôle »				33.8	7.1	756
« Souffrant »				28.0	8.7	345

Tableau 3 : FACES III des familles d'origine « sain / souffrant » t-test.

Etalonnage du Olson:

Afin d'étudier comment se répartissent nos deux échantillons dans la typologie de Olson et vu la façon dont Olson [2] a procédé pour établir ces normes (à partir d'un échantillon adulte nord américain), il

nous a paru pertinent de recalculer celle-ci pour notre tranche d'âge et notre échantillon. De plus, pour préserver la validité externe du test, nous avons recalculé les normes à partir de l'ensemble de nos sujets pour deux raisons :

- si nous pouvons exclure la possibilité qu'un sujet « non souffrant » se cache dans notre échantillon « en souffrance » nous ne pouvons être certains que l'échantillon sain soit « pur ». En effet, il est possible qu'un sujet « souffrant » se cache dans notre échantillon « sain » puisque aucun entretien psychiatrique de dépistage n'a été pratiqué,
- si nous ne calculons les normes que sur les sujets « sains » cela revient à dire que nous favorisons d'emblée un groupe comme normatif et donc que nous considérons nos hypothèses comme vraies avant de commencer.

Ces normes sont donc présentées au tableau 4 :

NORME FACES III SUR F.O.	MOYENNE – STD	MOYENNE	MOYENNE + STD	N
Cohésion	24	32	40	1101
Adaptabilité	20	26	32	1057

Tableau 4 : nouvelles normes calculées par la méthode de Olson

Distribution des deux groupes dans les 3 zones et les 16 quadrants

Afin de voir si nous pouvions aller plus loin dans la distinction de nos deux groupes, nous avons tenté de voir si la distribution des sujets était différente dans les trois zones du modèle de Olson tout en respectant leur ordre de classement. Le test de Cochran confirme cette hypothèse (tableau 5).

ZONES DU OLSON	N « SAINS »	N « EN SOUFFRANCE »	% AU SEIN DES « SAINS »	% AU SEIN DES « EN SOUFFRANCE »
Catégorie « équilibré »	329	133	46 %	39 %
Catégorie « moyen »	289	140	41 %	41 %
Catégorie « extrême »	92	68	13 %	19 %
P	0.002			

Tableau 5 : Test de Cochran appliqué aux zones du modèle de Olson pour les échantillons « sains / en souffrance »

Enfin si nous étudions les différences de distribution entre les groupes pour chacun des 16 quadrants du modèle de Olson (tableau 6) et en représentant par un code de couleur de remplissage les trois distributions possibles (significatif avec majorité de « en souffrance », non-significatif, significatif avec majorité de « sain ») au Olson, nous obtenons une figure (figure 2) où l'on voit que les quadrants désengagés structurés et rigides contiennent significativement plus de sujets « en souffrance ». Ces résultats confortent partiellement ceux de Lowler [10], Prange [13] et Tubiana [14] sur l'importance prépondérante de la cohésion sur l'adaptabilité.

QUADRANT	ADOLESCENTS « SAINS »	ADOLESCENTS « EN SOUFFRANCE »	χ^2	p
Chaotique – désengagé	10	8	0.222	0.637
Chaotique –séparé	26	14	3.600	0.058
Chaotique –relié	59	24	14.759	0.000
Chaotique –enchevêtré	46	10	23.143	0.000
Flexible – désengagé	15	12	0.333	0.564
Flexible – séparé	45	37	0.780	0.377
Flexible – relié	113	26	54.453	0.000
Flexible – enchevêtré	48	12	21.600	0.000
Structuré – désengagé	27	47	5.405	0.02
Structuré – séparé	58	35	5.688	0.017
Structuré – relié	113	35	41.108	0.000
Structuré – enchevêtré	47	4	36.255	0.000
Rigide – désengagé	25	47	6.722	0.01
Rigide – séparé	34	15	7.367	0.007
Rigide – relié	33	12	9.800	0.002
Rigide – enchevêtré	11	3	4.571	0.033
Total	710	341	121.194	0.000

Tableau 6 : test chi-carré « sains / en souffrance » sur les 16 catégories du modèle de Olson

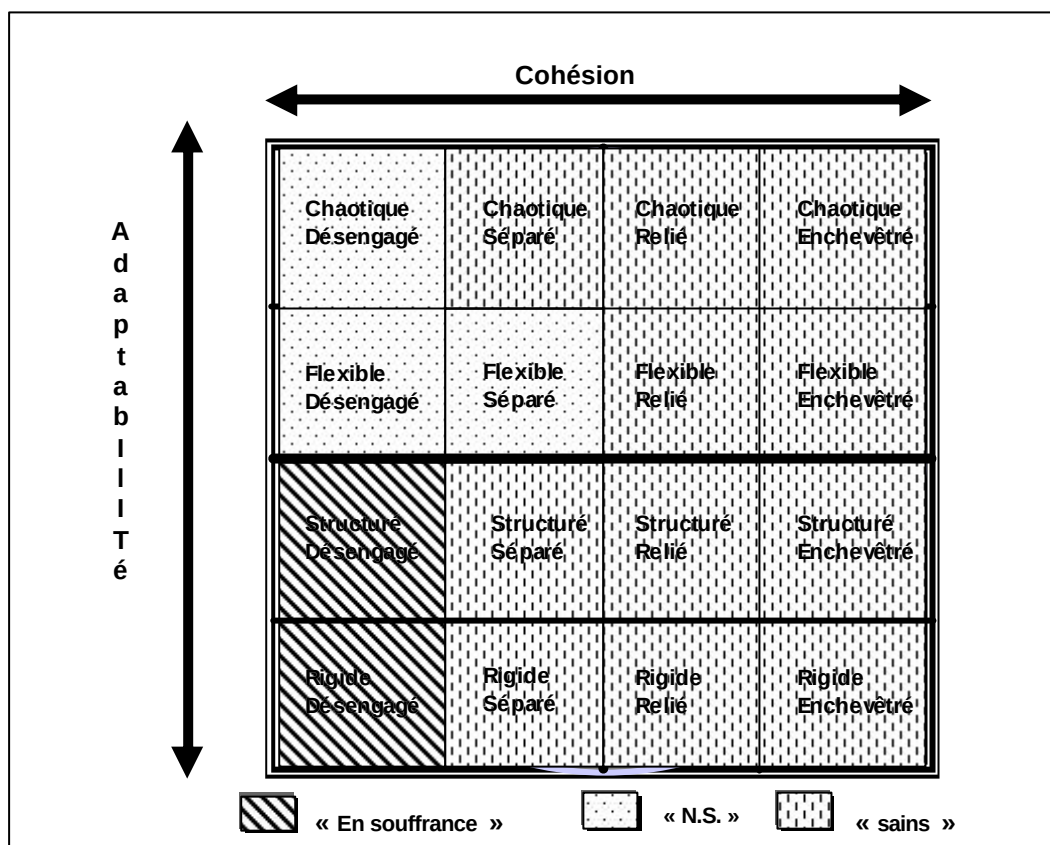


Figure 2 : seuils de signification intra-quadrants « en souffrance / sains » au modèle de Olson

Influence du sexe et de l'âge

Un des objectifs que nous avons fixé est de tester le rôle éventuel du sexe et de l'âge. Indépendamment du fait que l'on étudie le rôle du sexe sur l'échantillon total ou les groupes « sains » ou « en souffrance », celui-ci s'avère n'avoir aucune influence (tableau 7). Par contre, l'âge est déterminant dans la mesure où l'on observe une décroissance de la cohésion de la famille avec l'âge (tableau 8) sauf dans le groupe « en souffrance ».

	t-test	Df	P	MOYENNE	D STD	n
<u>Echantillon Total</u>						
Adaptabilité	-0.9	1017	0.369	F : 25.9 G : 26.3	6.1 5.8	612 407
Cohésion	-1.371	1054	0.171	F : 31.6 G : 32.3	8.2 7.4	625 431
<u>Groupe « sain »</u>						
Adaptabilité	-0.571	676	0.568	F : 26.4 G : 26.7	5.7 5.9	394 284
Cohésion	-0.420	709	0.675	F : 33.6 G : 33.9	6.9 7.3	405 306
<u>Groupe « en souffrance »</u>						
Adaptabilité	-0.431	339	0.666	F : 25.1 G : 25.4	6.6 5.7	218 123
Cohésion	-0.621	343	0.535	F : 27.8 G : 28.4	9.2 7.8	220 125

Tableau 7 : Variables du FACES III en fonction du sexe.

	R	P	N
<u>Echantillon Total</u>			
Adaptabilité F d'origine	-0.066	0.035	1037
Cohésion F d'origine	-0.179	0.000	1079
<u>Groupe « sain »</u>			
Adaptabilité F d'origine	-0.018	0.542	696
Cohésion F d'origine	-0.097	0.008	734
<u>Groupe « en souffrance »</u>			
Adaptabilité F d'origine	-0.056	0.299	341
Cohésion F d'origine	-0.011	0.841	345

Tableau 8 : Variables du FACES III en fonction de l'âge.

DISCUSSION

Comme on le voit, il existe des différences tranchées entre les deux groupes « sain » et « en souffrance ». Ces résultats viennent s'ajouter à ceux des recherches précédentes tout en apportant deux notions supplémentaires. Primo, une certaine indépendance par rapport au type de « maladie » dont le jeune est atteint et secondo, une notion développementale où l'on voit, du moins chez les « sains », une décroissance de la cohésion en fonction de l'âge.

L'indépendance par rapport à « la maladie » laisse deux interprétations possibles : soit, d'une manière générale, le fait d'avoir une famille peu cohésive et peu adaptable représente un risque supplémentaire d'être atteint d'un trouble psychopathologique quelconque, soit c'est le fait d'être

atteint d'une maladie et peu importe laquelle, qui modifie les interactions familiales. Il n'est évidemment pas possible de départager ces deux explications d'autant, qu'à notre connaissance, il n'existe pas d'étude prospective faite avec le test de Olson. Il est vraisemblable que les deux types d'interactions existent et que donc, du point de vue développemental, cela sous-entend, comme Lundholm [11] l'avait déjà suggéré, un soutien aux thèses familialistes.

La décroissance de la cohésion en fonction de l'âge laisse trois interprétations possibles :

1. Soit, plus le temps passe moins le système familial est cohésif
2. Soit, plus le temps passe et plus le jeune se différencie du système en y introduisant une certaine « incohérence »,
3. Soit, il faut se rappeler que notre test interroge le système familial via les perceptions du jeune par rapport à sa famille, l'interprétation pourrait alors être que les perceptions du jeune se modifient avec le temps vers une certaine « dés-idéalisation » du modèle familial. Le jeune s'aperçoit que sa famille est moins cohérente que ce qu'il voulait bien croire étant enfant.

Comme, heureusement, toutes les familles ne « divorcent » pas, nous penchons plutôt pour retenir la deuxième et la troisième solution. Ces interprétations vont d'ailleurs dans le sens des chercheurs psychodynamiciens qui font de l'adolescence la dernière étape de construction de l'individu en tant qu'appareil psychique indépendant [20]. On peut également souligner le fait qu'on ne retrouve pas cette décroissance chez les jeunes « en souffrance » comme si pour grandir et se séparer, il fallait avoir bénéficié d'une famille cohésive.

CONCLUSION

Dans la suite de ces constatations, il nous semble que cette étude peut avoir différentes implications pratiques :

Tout d'abord, on peut imaginer que nous disposons avec le FACES III d'un instrument qui puisse servir à l'évaluation du pronostic. Ainsi, un adolescent « en souffrance », mais qui se situe dans les quadrants « normaux » du modèle de Olson aura sans doute un pronostic meilleur qu'un adolescent ayant une famille dans les quadrants extrêmes ou, pire, dans les désengagées - structurées ou rigides. Si cette hypothèse se confirme, nous disposons alors aussi d'un instrument de prévention dans la mesure où, par exemple, un adolescent qui adopte un comportement à risque (tabagisme, abus de boissons alcoolisées,...) serait plus ou moins susceptible de chronifier ce comportement en fonction des interactions de sa famille.

D'un point de vue curatif, cette étude suggère également qu'il est nécessaire, dans la prise en charge des adolescents malades, de veiller aux interactions familiales pour les rendre plus cohérentes et adaptables. Enfin, il ne demeure pas moins qu'il existe un saut conceptuel entre les interactions familiales d'une part et la santé d'autre part. Nous nous proposons dès lors, dans une future étude, d'investiguer les relations entre ces deux facteurs avec le MHLC et peut-être aurons-nous là un des sans doute nombreux « missing link ».

REFERENCES

- [1] Olson DH, Killorin E: Clinical rating scale for circumplex model (revised version). StPaul MN : Family Social Science, University of Minnesota, 1985.
- [2] Olson DH: Circumplex model : validation studies FACES III. Family process 1986; 25 : 337-351.
- [3] Beavers WR: Healthy, midrange and severely dysfunctionnal families; in Walsch F(ed): Normal Family Process. New York, Guilford, 1982.
- [4] Reynaert Ch, Janne P, Fontaine P, Woerlinck K, Collin A, Cassiers L : Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circomplexe de Olson ou : comment la logique des contraires est aussi une logique des proximités. Théra Fam 1991 ; 12 : 55-63.
- [5] Reynaert Ch, Janne P, Zdanowicz N, Vause M, Vervier JF : Description du système familial par ses membres : le sentiment d'autonomie. Cahiers Sc Fam et Sex 1993 ; 17 : 95-111.
- [6] Youngblut JM, Shiao SY: Child and family reactions during and after pediatric ICU hospitalization: a pilot study. Heart-Lung 1993; 22: 46-54.
- [7] King S, Dixon MJ: Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. Schizophr Res 1995; 14: 121-132.
- [8] Coburn J, Ganong L: Bulimic and non-bulimic college females' perceptions of family adaptability and family cohesion. J Adv Nurs 1989;14: 27-33.
- [9] Kashani JH, Allan WD, Dahlmeier JM, Rezvani M, Reid JC: An examination of family functioning utilizing the circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. J Affect Disord 1995; 35: 65-73.
- [10] Lawler MK, Volk R, Viviani N, Mengel MB: Individual and family factors impacting diabetic control in the adolescent: a preliminary study. Matern Child Nurs J 1990; 19: 331-345.
- [11] Lundholm JK, Waters JE: Dysfunctional family systems: relationships to disordered eating behaviors among university women. J Subst Abuse 1991; 3: 97-106.
- [12] Michaels CR, Lewandowski LJ: Psychological adjustment and family functioning of boys with learning disabilities. J-Learn-Disabil 1990; 23: 446-450.
- [13] Prange ME, Greenbaum PE, Silver SE, Friedman RM, Kutash K, Duchnowski AJ: Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. J Abnorm Child Psychol 1992; 20: 83-102.
- [14] Tubiana RN, Moret L, Czernichow P, Chwalow J: The association of poor adherence and acute metabolic disorders with low levels of cohesion and adaptability in families with diabetic children. Acta Paediatr 1998; 87: 741-746.
- [15] Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R: Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Health Educ Monogr 1978; 6: 160-170.
- [16] Fontaine P : Famille saine ; esquisse conceptuelle générale. Théra familiale 1985 ; 3 : 267-282.
- [17] Janne P : De la douleur à la plainte : pour une compréhension psychosomatique de l'ischémie myocardique dite silencieuse : thèse de doctorat. Université Catholique de Louvain, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education 1989.
- [18] DSM IV: Diagnostic and Statistical manual of mental disorders; fourth edition. Washington, American psychiatric association press, 1994.

[19] O.M.S.: La santé des jeunes. Genève, OMS, 1994.

[20] Cahn R : L'adolescent dans la psychanalyse. Paris, PUF, 1998.

3.3.4 Famille santé et adolescence.

Article soumis

TITRE : Famille santé et adolescence.

Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch.

RESUME:

Objectifs : examiner les relations entre les types de liens familiaux et les sentiments des adolescents face à leur santé. **Méthode :** 814 jeunes « sains » ont complété le questionnaire de Olson décrivant leur famille d'origine et le Lieu de Contrôle multidimensionnel de la santé. Ils ont été comparés à un échantillon de 358 jeunes atteints de troubles mentaux. **Résultats :** la cohésion de la famille d'origine est déterminante pour le niveau de responsabilité propre du jeune sur sa santé et pour le niveau de pouvoir qu'il attribue aux autres. L'adaptabilité de la famille d'origine est corrélée avec un plus haut sentiment de responsabilité du jeune sur sa santé et un bas niveau de croyance dans la chance. **Conclusions :** Les relations familiales sont déterminantes dans l'acquisition par les jeunes d'un sentiment de responsabilité sur leur santé.

MOTS CLES :

Adolescence, famille, Olson, MHLC

INTRODUCTION

C'est en 1978 que Wallston K.A. et ses collaborateurs (Wallston et al 1978) développent l'échelle du Lieu de Contrôle multidimensionnelle de la santé (MHLC) qui interroge les croyances d'une personne quant à la responsabilité qu'elle exerce dans la détermination de son état de santé. Cette échelle est multidimensionnelle dans la mesure où elle permet de repérer trois types de croyances différentes : deux «externes » et une «interne ». Les individus ayant un contrôle interne considèrent que les renforcements dont ils bénéficient dépendent des comportements qu'ils ont. Cette dimension est la sous-échelle internality locus of control (IHLC). Les individus externes considèrent que leur santé est soit le fruit de la chance, du destin, c'est ce que mesure la sous-échelle chance health locus of control (CHLC), soit de l'action de tierces personnes, c'est la dimension powerful others locus of control (PHLC). Enfin, une mesure du rapport des tendances externes – internes peut être calculée par le ratio I/E (Reynaert, 1995a). Depuis la création de cette échelle, de nombreux travaux, dont une revue a été réalisée par Pauwels A. (1999), ont montré que notamment par l'intermédiaire d'attitudes préventives primaires et secondaires des individus, le MHLC était un bon prédicteur de l'état de santé tant en médecine qu'en psychiatrie. On retiendra toutefois que, comme toutes les échelles, le MHLC a ses limites et notamment qu'il semble moins pertinente pour interroger la volonté de contrôle et la valeur attribuée à la santé par l'individu (Pauwels, 1999).

Dans l'ensemble de ces travaux, il n'existe à notre connaissance que deux chercheurs qui se sont servis du MHLC chez l'adolescent. L'étude de W.R. Stanton (1995) porte sur l'utilité et la stabilité du MHLC à l'adolescence. Elle a, outre confirmé l'utilité de l'emploi du MHLC, mis en évidence des différences entre les sexes dans le Lieu de Contrôle. Cet auteur trouve une modification du CHLC et du PHLC entre 13 et 15 ans mais uniquement chez les filles. La seconde étude de Nada-Raja S. (1994) porte sur un groupe de plus de 800 jeunes âgés de 15 ans. Cette recherche n'a donc pas étudié l'influence de l'âge sur le MHLC mais a mis en évidence des différences entre les sexes pour les niveaux de IHLC (plus élevé chez les garçons) et de PHLC (plus bas chez les garçons). Elle a aussi montré que les événements de vie négatifs et les croyances des mères à propos de leur propre lieu de contrôle sont déterminants pour le niveau du IHLC chez les filles. Chez les garçons, une corrélation a pu être établie entre un haut niveau de support social et/ou d'auto-perception de force avec un haut niveau d'IHLC.

Une des particularités du MHLC est qu'il existe, pour l'évaluation du PHLC, un item (item 7) qui interroge la croyance qu'a l'individu du fait que sa famille influence son état de santé, toutefois aucune étude n'a jamais porté sur cet item en particulier. A côté de ce questionnaire direct sur la responsabilité attribuée à la famille, on peut néanmoins raisonnablement penser que la famille influence, par son éducation mais aussi par son style relationnel, le sujet dans son attitude face à la santé. Telle ou telle famille peut ainsi pousser le sujet à croire qu'il est en position de contrôle sur sa santé ou bien, au contraire que c'est, par exemple, le destin. De telles interactions ne seront pas mises en évidence par le MHLC. A côté des études sur le MHLC et l'adolescence, il existe des études qui, à l'aide du questionnaire de Olson (1985), essaient d'interroger le rapport entre fonctionnement familial et maladie chez l'adolescent. Le modèle circumplex de Olson a pour objectif d'évaluer deux dimensions (2 axes) du fonctionnement d'un système relationnel: la cohésion et l'adaptabilité. La

cohésion se définit sur base des « liens émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres ». L'adaptabilité est « l'habilité du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles dans ces relations en réponse à une situation ou une évolution stressante ». Le FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) (Olson, 1986) qui est une version d'auto-évaluation du test permet une évaluation rapide et chiffrée des deux axes décrivant ainsi un style d'interaction et de structure au sein du système. Le modèle est conçu de telle façon que, pour ces deux dimensions, la « santé » familiale se retrouve dans les valeurs médianes des deux axes, à savoir le « séparé-relié » pour la cohésion et le « structuré-flexible » pour l'adaptabilité (Reynaert, 1993). Les études menées chez les adolescents ont montré qu'il existait des différences significatives de fonctionnement familial en fonction du fait qu'il s'agisse d'un adolescent atteint d'une pathologie ou non. Certaines études ont de plus montré que la dynamique du système familial évoluait avec l'âge (tableau 1).

AUTEUR	SUJET INVESTIGUE	AGE	CORRELATIONS AVEC LE OLSON
Coburn et al (1989)	Boulimie	Filles universitaires	Les boulimiques ont des familles peu cohésives (coh) L'adaptabilité (ada) n'a pas d'influence
Kashani and al (1995)	Dépression	< 13 ans	Les enfants dépressifs ont des familles désengagées. L'ada n'a pas d'influence
Lawler and al (1990)	Contrôle du diabète	15-18 ans	Il existe une corrélation entre ctrl du diabète et coh, les désengagés ayant les pires résultats
Lundholm and al (1991)	Troubles des conduites alimentaires (TCA)	Filles universitaires	Les étudiantes ayant des TCA ont des familles extrêmes
Michaels and al (1990)	Troubles de l'apprentissage de l'écriture (TAE)	6-12 ans	Les enfants ayant des TAE ont des familles extrêmes
Prange and al (1992)	Troubles émotionnels	12-18 ans	Les adolescents présentant des troubles émotionnels ont des familles désengagées. La faible coh est corrélée avec un taux élevé de psychopathologies
Tubiana and al (1998)	Contrôle du diabète	7-13 ans	La coh et l'ada sont proportionnelles à l'adhérence au traitement. Famille rigide et désengagée = mauvais contrôle du diabète
Zdanowicz and al (2000a)	Sujets sains versus pathologiques	13-25 ans	Les « sains » appartiennent à des familles plus coh et plus ada. L'ada et la coh diminuent avec l'âge.

Tableau 1 : Olson et adolescence : la littérature

OBJECTIFS

L'objectif que nous nous sommes fixés était d'approfondir les relations qu'il peut y avoir entre famille et attribution de responsabilité sur la santé durant l'adolescence. Afin d'investiguer ces relations, nous avons étudié les corrélations entre le fonctionnement de la famille d'origine (investigué par le FACES III de Olson) et le MHLC chez un échantillon d'adolescents « sains » et un échantillon d'adolescents présentant différents troubles mentaux (adolescents « malades »). Dans le groupe « malade », nous n'avons pas sélectionné une pathologie déterminée pour deux raisons. Primo parce que les études menées avec le FACES III de Olson (tableau 1) ont porté sur des pathologies très variées, secundo parce les résultats de Prange et al (1992) et Zdanowicz et al (2000a) laissent supposer que les

caractéristiques familiales représentent une fragilité face aux maladies en général plutôt qu'à une maladie en particulier.

METHODE

Cette étude a été menée entre décembre 1998 et juin 1999. Les sujets ont complété l'échelle du Lieu de Contrôle multidimensionnelle de la santé ainsi que le FACES III. Nous avons employé la version française du FACES III de Olson traduite par Fontaine P. (1988) et du MHLC traduite par Janne P. et Mortreu B. (1989).

PARTICIPANTS ET PROCEDURE

Le groupe « sain » a été constitué par deux moyens de recrutement différents. Cette procédure a été utilisée afin d'obtenir des tranches d'âge différentes et des adolescents d'horizons différents. Le premier recrutement a été effectué dans chacune des 6 années d'enseignement secondaire général (c'est-à-dire normalement de 12 à 18 ans) de trois écoles secondaires différentes de la Province de Namur. Nous avons demandé aux jeunes, en présence d'un psychiatre examinateur, de remplir outre les données socio-démographiques (âge, nom, sexe, niveau de scolarité, nationalité), l'échelle d'Olson par rapport à leur famille d'origine et le MHLC. Le deuxième recrutement a été effectué par des étudiants universitaires en 2^{ème} licence de psychologie de l'Université Catholique de Louvain (UCL) qui ont fait passer un questionnaire anonyme comprenant la date de naissance, le sexe, le MHLC et le FACES III de Olson à des jeunes de leur connaissance. Il est à remarquer que le groupe « sain » est considéré, par défaut, comme « normal ». En effet, s'il n'a pas été recruté dans un centre de consultation ou dans un hôpital, nous ne pouvons exclure que l'un ou l'autre des jeunes ne consultent ou n'aient été hospitalisés pour une raison ou une autre.

Le groupe d'adolescents « malade » a été constitué à partir des données systématiques encodées depuis 1990 pour les patients hospitalisés dans le service de médecine psychosomatique et de psychopathologie des cliniques de Mont-Godinne de l'Université Catholique de Louvain. L'enrôlement a été clôturé en décembre 1998. Les patients remplissent systématiquement en début d'hospitalisation et sous la supervision d'un psychologue, outre des données générales comprenant l'âge et la date de naissance, un questionnaire MHLC et un test de Olson. Nous n'avons pas tenu compte des diagnostics et ce, afin de respecter le caractère transnosographique de nos hypothèses. A titre d'information, nous les donnons toutefois (tableau 2).

<u>Axe I</u>	N	%
Nombre de diagnostics pour 358 adolescents	481	100,0
Absence de diagnostic	30	-
Plus de 1 diagnostic	121	-
Troubles de l'humeur	179	37
Troubles anxieux	71	14.7
Troubles liés aux hallucinogènes	64	13.2
Déficit de l'attention et comportement perturbateur	49	10.1
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	27	5.6
Troubles alimentaires	24	4.9
Troubles liés à l'alcool	23	4.8
Troubles somatoformes	18	3.7
Troubles de l'adaptation	9	1.8
Troubles de l'apprentissage	8	1.6
Troubles poly toxicomanies	7	1.4
Troubles factices	1	0.2
Retards Mentaux	1	0.2

Tableau 2 : diagnostics pour l'axe I – DSM IV (1994)

Dans la suite de l'article, le groupe d'adolescents « malade » est dénommé adolescents « en souffrance ».

Qu'ils appartiennent au groupe « sain » ou « en souffrance » les candidats devaient être :

10. âgés de 13 à 25 ans

11. d'état civil : célibataire ou couple non marié,

12. de statut socioprofessionnel : chômage, sans profession et/ou étudiant,

Ces trois critères sont ceux qui ont été proposés par l'OMS (1994) comme déterminant la « situation de l'adolescence ». Afin d'homogénéiser encore notre échantillon, les sujets devaient être : étudiants, caucasiens et parlant français.

ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

La réalisation des analyses statistiques a été faite à l'aide du logiciel SPSS for Windows 95/98/NT Advanced Models 9.0S. Etant donné le nombre important d'observations et la nécessité d'analyser l'influence de certaines co-variables, nous avons utilisé des tests paramétriques. Le test χ^2 de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les proportions. Les corrélations entre variables continues ont été évaluées par le coefficient r de Pearson éventuellement contrôlé pour une co-variable (corrélation partielle). Les variables quantitatives ont été comparées par le test t de Student. Les limites de signification sont : une tendance à p = 0.1, significatif à p = 0.05 et très nettement significatif à p = 0.01 ou 0.001. Toutes les statistiques sont faites de manière bilatérale.

La présentation des résultats se fait dans l'ordre suivant : analyse des paramètres démographiques (âge et sexe), discussion de l'impact de ces paramètres, comparaison des scores des deux

échantillons au FACES III de Olson et au MHLC, test des hypothèses : corrélation des résultats du FACES III et du MHLC. Les autres paramètres démographiques classiques tels que l'origine ethnique, l'occupation et le niveau d'éducation ne sont pas pertinents dans cette étude. En effet, l'origine ethnique et l'occupation ont été fixées par les critères d'éligibilité et le niveau d'éducation, dans le design de cette étude, est dépendant directement de l'âge.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Distribution des âges

L'échantillon total est composée de 1172 sujets d'un âge moyen de 18,8 ans (de 13 à 25 ans) avec un écart-type de 3,2 ans. Le groupe «sain » est composé de 814 sujets, entre 13 et 25 ans, d'un âge moyen de 18 ans avec un écart-type de 3 ans. Le groupe «en souffrance» est composé de 358 sujets d'un âge moyen de 20.5 ans (de 14 à 25 ans) avec un écart-type de 3 ans. Les différences entre le groupe « sain » et « en souffrance » sont statistiquement significatives (t-test : $t = -13.179$, $p = 0.000$).

Distribution du « sexe »

Si le sexe ratio de l'échantillon total est de 507 hommes pour 665 femmes, soit un rapport de 0.76, il existe des différences significatives entre groupes. Dans le groupe «sains », le sexe ratio est de 329 hommes pour 436 femmes, soit un rapport de 0.75 par rapport à 0.56 (129 hommes pour 229 femmes) dans le groupe «en souffrance ». Ces différences sont statistiquement significatives (χ^2 de Pearson pour le test de Fisher = 69.112 $p = 0.000$).

Impact des paramètres démographiques:

Non seulement il apparaît que les différences de distributions entre les deux groupes sont importantes mais nous savons en plus, par les publications antérieures (cfr introduction), que tant l'âge que le sexe sont des paramètres qui influencent les résultats au FACES III et au MHLC. Il paraît donc évident que nous devons contrôler ces paramètres.

Différences entre les deux groupes au MHLC et au FACES III

A l'analyse du tableau 3, on constate rapidement par le test t de Student, qu'il existe des différences significatives tant entre le MHLC des groupes «sain » et «en souffrance » qu'entre leurs familles d'origine.

	T (T-TEST)	Df	P	MOYENNE	DEVIATION STD	N
FACES III						
Adaptabilité	3.432	1055	0.001	26.5	5.7	716
« contrôle »				25.2	6.3	341
« Souffrant »						
Cohésion	11.6	1099	0.000	33.8	7.1	756
« contrôle »				28.0	8.7	345
« Souffrant »						
MHLC						
IHLC	4.498	1134	0.000	24.1	4.7	782
« contrôle »				22.6	6.1	354
« Souffrant »						
PHLC	-7.961	1136	0.000	19.2	5.8	783
« contrôle »				22.3	6.3	355
« Souffrant »						
I/E	8.629	1105	0.000	1.40	0.5	754
« contrôle »				1.12	0.4	353
« Souffrant »						
CHLC	-5.762	1139	0.000	17.9	5.5	787
« contrôle »				19.9	5.8	354
« Souffrant »						

Tableau 3 : MHLC et FACES III des familles d'origine « sains / souffrant » t-test.

Nous ne commenterons pas ces différences dans la mesure où nous l'avons déjà fait dans des publications antérieures (Zdanowicz 2000a, Zdanowicz 2000b). On retiendra en tout cas que ces différences vont dans le sens de celle de la littérature tant sur le MHLC que sur le modèle de Olson (cfr introduction) avec un IHLC plus élevé et un PHLC plus bas chez les sujets «sains » et des familles plus cohésives et plus adaptables.

TEST DES HYPOTHESES

Corrélations entre MHLC et FACES III

L'examen du tableau 4 nous permet de constater que notre hypothèse est vérifiée pour différents paramètres et de retenir différentes observations.

		COHESION	ADAPTABILITE
Échantillon total N = 955			
IHLC	r	0.1083	0.0983
	p	0.001	0.002
PHLC	r	0.0631	0.0022
	p	0.051	0.945
I/E	r	0.0485	0.0791
	p	0.134	0.014
CHLC	r	-0.0311	-0.0771
	p	0.336	0.017
Groupe « sain » N = 619			
IHLC	r	0.0580	0.0672
	p	0.149	0.095
PHLC	r	0.1882	0.0122
	p	0.000	0.762
I/E	r	-0.0353	0.0669
	p	0.380	0.096
CHLC	r	-0.092	-0.1026
	p	0.819	0.010
Groupe « en souffrance » N = 332			
IHLC	r	0.0822	0.1125
	p	0.134	0.040
PHLC	r	0.1220	0.0636
	p	0.026	0.246
I/E	r	-0.0372	0.0305
	p	0.498	0.578
CHLC	r	0.0516	-0.0043
	p	0.347	0.938

Tableau 4 : corrélations partielles de Pearson contrôlée pour le sexe et l'âge : MHLC et le FACES III
 Pour l'échantillon total, il existe une relation positive entre la cohésion de la famille d'origine et l'IHLC et le PHLC. Il existe également une relation positive entre l'adaptabilité de la famille d'origine et IHLC et le ratio I/E. Enfin, il existe une relation négative entre l'adaptabilité et le CHLC.

Si nous examinons les concordances avec la variable dichotomique que constitue le fait d'appartenir au groupe « sain » ou « en souffrance » : nous pouvons rajouter que :

1) Cette variable dichotomique n'influence pas le rapport cohésion IHLC, par contre le lien cohésion PHLC paraît plus fort (r^2) et plus vrai (p) chez les « sains ». Cette constatation est troublante dans la mesure où l'on sait que si la cohésion est plus élevée dans le groupe « sain », le PHLC est plus bas (tableau 3). Toutefois, l'on sait également que chez les adolescents « sains » l'âge influence

négativement le PHLC (figure 1) et que l'âge est corrélé avec une diminution de la cohésion (figure 2). Tout se passe donc comme si les effets réunis «âge - PHLC» et «âge - cohésion» étaient plus puissants que l'effet familial «cohésion - PHLC» venant le limiter et même l'amoinrir.

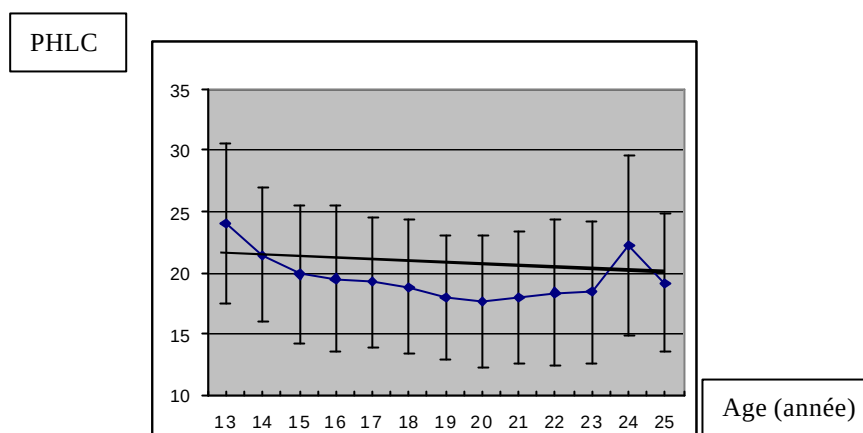


Figure 1 : relation entre le PHLC et l'âge – adolescents «sains»

Corrélation partielle de Pearson, contrôlée pour le sexe, entre l'âge et le PHLC chez les sujets «sains» $r = -0.1675$ ($p = 0.000$, $N = 762$). Etudes antérieures (Zdanowicz, 2000c).

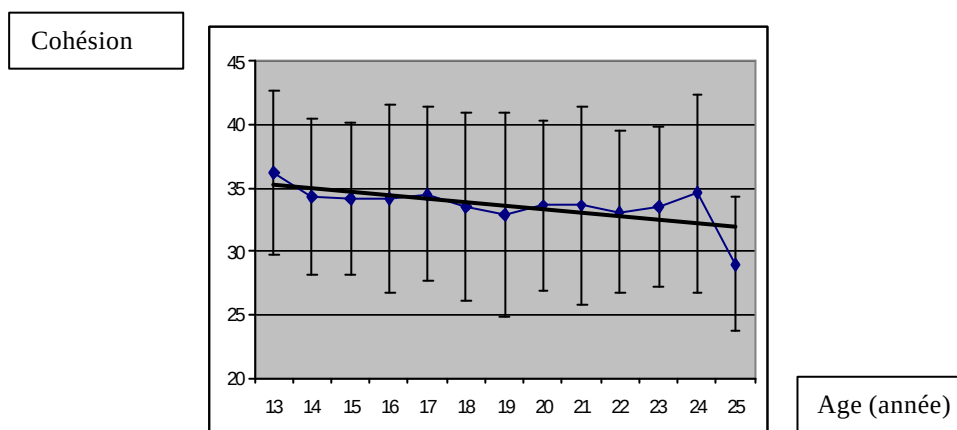


Figure 2 : relation entre la cohésion et l'âge – adolescents «sains»

Corrélation partielle de Pearson, contrôlée pour le sexe, entre la cohésion et l'âge chez les sujets «sains» $r = -0.097$ ($p = 0.008$, $N = 734$). Figure non publiée d'après une étude antérieure (Zdanowicz, 2000a).

2) La variable dichotomique n'influence pas les liens entre adaptabilité et ratio I/E.

3) Au niveau du lien entre adaptabilité et IHLC, nous observons que l'influence positive paraît plus forte (r^2) et plus vraie (p) chez les adolescents «en souffrance» sans que nous ne puissions expliquer ce phénomène, d'autant que le niveau moyen d'IHLC est supérieur chez les «sains» (tableau 3). Cela implique donc que ce niveau d'IHLC supérieur chez les adolescents «sains» est plus largement indépendant du fonctionnement familial.

4) En ce qui concerne le lien entre l'adaptabilité et le CHLC, il est intéressant de noter que si l'adaptabilité des familles des adolescents « en santé » est corrélée avec une diminution du CHLC, chez les adolescents en souffrance, cette influence n'existe pas ou plus.

DISCUSSION

L'intérêt principal de ces résultats est certainement leur allure de « missing-link » pour les études qui ont exploré les liens entre famille et pathologie à l'adolescence (tableau 1). En effet, en parcourant ces études, on ne peut que s'interroger sur l'origine des mécanismes qui relient le fonctionnement familial avec la maladie. Il apparaît ici que le style de dynamique familiale est déterminant dans la formation du jugement attributif du jeune par rapport aux lieux qui régissent sa santé. Certes, le pourcentage de la variance expliqué est limité mais il aurait été étonnant (et un peu inquiétant) que l'attitude face à la santé dépende principalement de la famille.

Une famille cohésive apparaît donc comme soutenant la croyance du jeune en ses propres possibilités d'influencer sa santé comme en un degré minimal de confiance dans l'autre (ce qui est bien nécessaire dans une relation avec un médecin).

Une famille souple semble assurer une dynamique des jugements attributifs internes / externes en faveur d'une plus grande internalité en soutenant la croyance du jeune en son importance et, du moins chez les adolescents « sains », en diminuant l'influence attribuée à la chance ou/et au destin.

On peut bien évidemment se poser la question de l'interprétation des résultats dans le sens inverse : en quoi la maladie influence-t-elle nos croyances et en quoi nos croyances modèlent-elles notre système familial ? S'il n'est pas exclu qu'une partie des interactions fonctionnent dans ce sens, la probabilité est toutefois faible pour deux raisons. Premièrement, intuitivement, il est plus facile de penser que les interrelations doivent aller dans le sens famille « formatrice » du MHLC que l'inverse. Deuxièmement, s'il n'existe pas d'étude prospective faite avec le MHLC (sauf celle de Thomas (1983) qui ne porte pas sur les maladies mais sur la probabilité d'intégration sociale des personnes âgées à 5 ans en fonction de leur MHLC), il existe des éléments indirects pour soutenir ce point de vue (Pauwels, 1999). Ainsi, comme dans le cas du diabète chez l'adulte où l'internalité a pu être corrélée avec un meilleur contrôle du diabète par les patients (Reynaert, 1995b), nous pouvons considérer que le MHLC influence la santé plutôt que l'inverse.

CONCLUSION

La mise en lumière du rôle de la famille dans l'apprentissage d'une responsabilité de l'adolescent sur sa santé nous semble avoir des conséquences pratiques et théoriques mais comporte aussi un risque. Ce risque est un risque de normalisation où l'on pourrait identifier de bonnes et de mauvaises familles...

Du point de vue pratique, afin d'améliorer la santé des jeunes, on peut se demander si une action préventive ne pourrait être tentée invitant les parents, au moins dans le domaine de la santé, à témoigner avec leurs adolescents d'une attitude cohésive et souple plutôt que mal structurée et rigide. Un tel message pourrait être transmis tant au cours des consultations de médecine que par une campagne médiatique. Du point de vue curatif, l'étude laisse entrevoir la nécessité de soutenir les parents durant une affection de l'adolescent dans le même sens. Du point de vue théorique, comme on parle d'un aspect développemental à une maladie, il semble que l'on puisse parler d'un aspect

développemental à la santé. La santé - et surtout l'effort de contrôle de sa santé - est une valeur en devenir de l'enfance à l'âge adulte sur laquelle il y a à veiller. Qui plus est, cette santé développementale n'est pas qu'une valeur personnelle de l'enfant ou de l'adolescent ; elle est en développement au sein du système familial. Cet aspect théorique n'est pas sans rappeler l'accent qui avait été mis par les psychodynamiciens sur l'adolescence comme une crise salutaire générant un plus de santé. Elle présente toutefois une différence fondamentale : elle introduit la maladie comme un développement insuffisant de la santé plutôt que comme une manifestation amenant un plus de santé.

REFERENCES

- Coburn, J., Ganong, L. (1989)** Bulimic and non-bulimic college females' perceptions of family adaptability and family cohesion. *J Adv Nurs*, **14**, 27-33.
- American psychiatric association (1994)** *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (4rd edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- Fontaine P. (1988)** Famille saines ; esquisse conceptuelle générale. In *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques* (Eds Benoît J.C. et al.), pp 267-282. Paris : ESF.
- Janne P. (1989)** *De la douleur à la plainte : pour une compréhension psychosomatique de l'ischémie myocardique dite silencieuse : thèse de doctorat*. Université Catholique de Louvain : Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education.
- Kashani, J.H., Allan, W.D., Dahlmeier J.M., et al (1995)** An examination of family functioning utilizing the circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. *J Affect Disord*, **35**, 65-73.
- Lawler, M.K., Volk, R., Viviani, N., et al (1990)** Individual and family factors impacting diabetic control in the adolescent: a preliminary study. *Matern Child Nurs J*, **19**, 331-345.
- Lundholm, J.K., Waters, J.E. (1991)** Dysfunctional family systems: relationships to disordered eating behaviors among university women. *J Subst Abuse*, **3**, 97-106.
- Michaels, C.R., Lewandowski L.J. (1990)** Psychological adjustment and family functioning of boys with learning disabilities. *J Learn Disabil*, **23**, 446-450.
- Nada-Raja, S., McGee, R., Williams, S. (1994)** Health beliefs among New Zealand adolescents. *J of Paed and Child Health*, **30**, 523-529.
- Olson, D. H., Killorin, E. (1985)** *Clinical rating scale for circumplex model (revised version)*. StPaul MN Family Social Science: University of Minnesota.
- Olson, D.H. (1986)** Circumplex model : validation studies FACES III. *Family process*, **25**, 337-351.
- Organisation Mondiale de la Santé (1994)** La santé des jeunes. Genève : OMS.
- Pauwels, A., Janne, P., Reynaert, Ch. (1999)** De différents modèles de croyances envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis-à-vis de la santé : une tentative d'approche intégrative. *J de thérapie compor et cogn*, **9**, 99-107.
- Prange, M.E., Greenbaum P.E., Silver S.E., et al (1992)** Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. *J Abnorm Child Psychol*, **20**, 83-102.
- Reynaert, Ch., Janne, P., Zdanowicz, N., et al (1993)** Description du système familial par ses membres : le sentiment d'autonomie. *Cahiers Sc Fam et Sex*, **17**, 95-111.
- Reynaert, Ch., Janne, P., Delire V., et al (1995a)** To control or to be controlled ? From health locus of control to morphine during patient-controlled analgesia. *Psychother Psychosom*, **319**, 1-8.
- Reynaert, Ch., Janne, P., Donckier, J., et al (1995b)** Locus of control and metabolic control. *Diab Métab*, **21**, 180-187.
- Stanton, W. R., Nada-Raja S., Langley J. (1995)** Stability in the structure of health locus of control among adolescents. *British J of Clin Psychol*, **34**, 279-287.
- Thomas, P.D., Hooper, E.M. (1983)** Healthy elderly : social bonds and locus of control. *Resea in nurs and health*, **6**, 11-16.

Tubiana, R.N., Moret, L., Czernichow, P., et al (1998) The association of poor adherence and acute metabolic disorders with low levels of cohesion and adaptability in families with diabetic children. *Acta Paediatr*, **87**, 741-746.

Wallston, K.A., Wallston, B.S., De Vellis, R. (1978) Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. *Health Educ Monog* **6**, 160-170.

Zdanowicz, N., Reynaert, Ch., Janne, P. (2000a) Comparaison des liens familiaux entre un échantillon d'adolescents « sains » et atteints de troubles mentaux. *Soumis*.

Zdanowicz, N., Reynaert, Ch., Janne, P. (2000b) Comparaison du MHLC entre un échantillon d'adolescents « sains » et « en souffrance ». *Soumis*.

Zdanowicz, N., Reynaert, Ch., Janne, P. (2000c) L'adolescent est-il responsable de sa santé. *Sous presse Louvain Medical*.

3.3.5 Les attentes d'étudiants « sains » et « en souffrance » par rapport à leur famille.

Article sous presse : Annales Médico-Psychologiques

TITRE : Comparaison des attentes d'étudiants « sains » et « en souffrance » par rapport à leur famille.

Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch.

RESUME :

Objectifs : Examiner les différences d'idéaux familiaux entre un échantillon « normal » d'étudiants de 13 à 25 ans et un échantillon atteints de troubles mentaux. **Méthode :** 814 jeunes « normaux » ont été comparés à un échantillon de 358 jeunes atteints de troubles mentaux. Ils ont tous complété le questionnaire de Olson sur leur famille idéale et d'origine. **Résultats :** Les étudiants appartenant au groupe « sain » sont issus de familles plus cohésives et adaptables que ceux du groupe « pathologique » et ils « rêvent » d'une famille encore plus cohésive et adaptable. Si le sexe n'a pas d'influence sur la description de la famille d'origine, il est déterminant par rapport à la famille idéale chez les filles du groupe « sain ». L'âge n'a une influence que chez les adolescents « sains ». Il détermine à la fois un abaissement progressif de la cohésion de la famille d'origine et une augmentation de celle-ci dans la famille idéale. **Conclusions :** Si tous les adolescents attendent de leur future famille qu'elle soit plus cohésive et adaptable, les adolescents « pathologiques » semblent souffrir d'une plus faible capacité de « rêves ». Il est tentant de rapprocher cette « faiblesse » du plus bas niveau de cohésion et d'adaptabilité des familles d'origine.

MOTS-CLES: adolescence, famille, Olson, âge.

INTRODUCTION

Le modèle circumplexe de Olson [13] a pour objectif d'évaluer deux dimensions (2 axes) du fonctionnement d'un système relationnel: la cohésion et l'adaptabilité. La cohésion se définit sur base des « liens émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres ». L'adaptabilité est « l'habilité du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles dans ces relations en réponse à une situation ou une évolution stressante ». Même s'il existe deux formes de passation du questionnaire de Olson, l'une qui est une hétéro-évaluation destinée à être effectuée par des professionnels et l'autre qui est une auto-évaluation, ces deux formes se réfèrent au même modèle bi-axial. Dans cette étude, nous avons employé le test d'auto-passation. Cette forme connue sous le terme de FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) [14] comporte 20 questions (10 par axe) auxquelles le sujet répond en termes de fréquence (de 1 à 5). Quand on additionne les cotes, on obtient deux scores globaux (minimum 10, maximum 50), l'un pour l'adaptabilité, l'autre pour la cohésion. Le modèle est conçu de telle façon que pour ces deux dimensions, la « santé » familiale se retrouve dans les valeurs médianes des deux axes, à savoir le « séparé » et le « relié » pour la cohésion et le « structuré », « flexible » pour l'adaptabilité. La « santé », dans ce modèle, est donc un centre intermédiaire, elle est une normalité par équilibre. L'avantage de ce système de classification est d'éviter une catégorisation strictement linéaire telle qu'on la retrouve par exemple dans le modèle de Beavers-Timberlawn [1] où une ligne unique glisse de l'état de pathologie à l'état de santé. Si le système bi-axial de Olson apporte une richesse supplémentaire, il a néanmoins été critiqué par son côté encore trop normatif, en quelque sorte bi-normatif au lieu de mono-normatif [17, 18]. Une représentation graphique du modèle est composée des deux axes perpendiculaires d'adaptabilité en ordonnée et de cohésion en abscisse. Les quatre gradations de chaque dimension donnent lieu à une sectorisation en seize sous-types différents susceptibles de caractériser une famille. De plus, trois zones sont mises en exergue suivant le caractère équilibré, moyen ou extrême du fonctionnement.

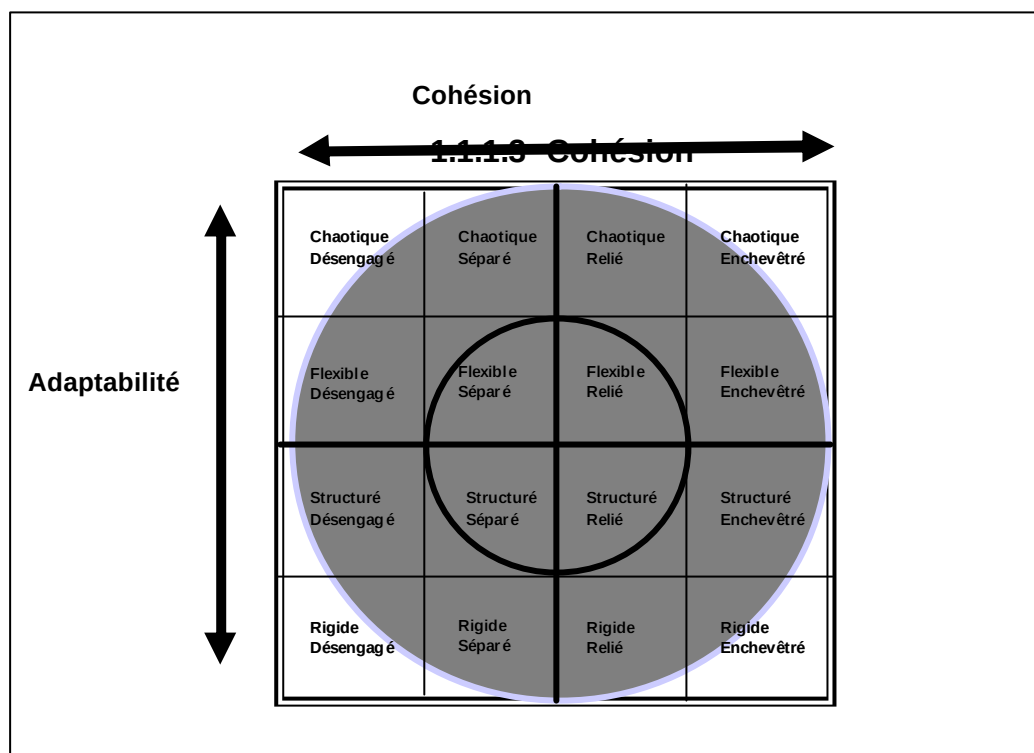


Figure 1 : FACES III de Olson

Légende : Modèle circumplexe de Olson avec les trois zones et les 16 quadrants



Il est impossible de faire une revue de la littérature de tous les domaines dans lesquels le FACES III a été employé. Il va de l'étude des réactions de la famille suite au séjour d'un enfant en soins intensifs [21] à la probabilité de rechute de schizophrénie en fonction des interactions familiales [9]. En nous concentrant sur notre sujet, les liens entre adolescence - famille et maladies, on trouve un certain nombre d'études qui ont déjà investigué les relations entre telle ou telle pathologie et le fonctionnement de la famille (Tableau I).

AUTEUR	SUJET INVESTIGUE	AGE	CORRELATIONS AVEC LE OLSON
Coburn et al [2]	Boulimie	• universitaires	Les boulimiques ont des familles peu cohésives (coh). L'adaptabilité (ada) n'a pas d'influence
Kashani et al [8]	Dépression	< 13 ans	Les enfants dépressifs ont des familles désengagées. L'ada n'a pas d'influence
Lawler et al [10]	Contrôle du diabète	15-18 ans	Il existe une corrélation entre ctrl du diabète et coh, les désengagés ayant les pires résultats
Lundholm et al [11]	Troubles du co. Alimentaire (DCA)	• universitaires	Les étudiantes ayant des DCA ont des familles extrêmes
Michaels et al [12]	Difficultés d'apprentissage (DA)	6-12 ans	Les enfants ayant des DA ont des familles extrêmes
Prange et al [16]	Troubles émotionnels (DE)	12-18 ans	Les adolescents présentant des DE ont des familles désengagées. La faible coh est corrélée avec un taux élevé de psychopathologies
Tubiana et al [19]	Contrôle du diabète	7-13 ans	La coh et l'ada sont proportionnelles à l'adhérence au traitement. Famille rigide et désengagée = mauvais ctrl du diabète

Tableau I : FACES III et adolescence : revue de la littérature

DEMARCHE ET HYPOTHESES

L'objectif que nous avons fixé à cette recherche est pratiquement construit à l'envers de ces études. Plutôt que de partir d'un échantillon présentant une pathologie donnée pour le comparer à un échantillon « sain », nous sommes partis d'un échantillon « sain » de jeunes et l'avons comparé à un échantillon « pathologique » en général. La raison qui nous a fait construire l'étude « à l'envers » est qu'il nous semble qu'on peut se demander si les caractéristiques familiales représentent une fragilité pour une pathologie donnée ou, comme le laissent déjà supposer les résultats de Prange et al [16], si elles représentent une fragilité face aux maladies. Le deuxième objectif est le contrôle de l'âge. En effet, il nous semble important de savoir si les différences qui ont été observées sont fixes (« constitutives ») ou évoluent avec l'âge de l'adolescent (« dynamiques »). Le troisième objectif est que nous voulions nous concentrer sur la famille idéale d'une part parce que nous n'avons trouvé aucune étude sur celle-ci et d'autre part parce qu'il nous semble que si l'hypothèse qu'il y a un rapport entre l'âge et la dynamique de la famille d'origine est vérifiée cela devrait s'accompagner, en faisant référence aux théories psychodynamiques « classiques » de l'adolescence [22], par une idéalisation croissante de la famille idéale. En effet, pour ne prendre que 2 exemples ; Erikson [4] situe la fin de la crise d'adolescence à partir du moment où l'adolescent peut se déterminer un certain nombre d'objets

idéaux (notamment familiaux) à venir qui le structureront. Cet « arrêt sur image » ne se fait pas dans un mouvement brusque mais progressivement durant toute l'adolescence. De la même façon, dans les théories familiales, la sortie du jeune nécessite un désinvestissement par rapport à la famille d'origine et implique un investissement libidinal extra clanique de plus en plus puissant [6]. Enfin, 4^{ème} objectif, nous voulions contrôler l'effet du sexe.

Une remarque s'impose toutefois d'emblée par rapport à l'emploi de certains termes dans la suite de l'article. Le test par rapport à la famille idéale est sensé, d'après Olson, interroger les attentes du sujet par rapport au fonctionnement dans sa famille idéale telle qu'il se la représente. Afin de raccourcir cette expression nous nous sommes permis d'employer le verbe « rêver » sans avoir l'impression de trahir l'idée exprimée par Olson. En effet les deux expressions ont comme points communs d'une part qu'il s'agit de représentations et d'autre part qu'elles portent sur un objet de désir à « ad-venir ».

METHODE

Cette étude a été menée entre décembre 1998 et juin 1999. Outre le FACES III, les sujets ont rempli le Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) de Wallston et al [20] qui interroge les croyances d'une personne quant à la responsabilité qu'elle exerce dans la détermination de son état de santé. L'intérêt de cette évaluation supplémentaire est de pouvoir corrélérer, dans une future étude si nos hypothèses se confirment, les liens familiaux avec le MHLC. Nous avons employé les versions françaises du FACES III Olson traduites par Fontaine P. [5] et du MHLC par Janne P. et Mortreu B. [7].

PARTICIPANTS ET PROCEDURE

Le groupe « sain » a été constitué par deux moyens de recrutement différents. Cette procédure a été utilisée afin d'obtenir des tranches d'âge différentes et des adolescents d'horizons différents. Le premier recrutement a été effectué dans chacune des 6 années d'enseignement secondaire général (c'est à dire normalement de 12 à 18 ans) de trois écoles secondaires différentes de la province de Namur. Nous avons demandé aux jeunes, en présence d'un psychiatre examinateur, de remplir outre les données socio-démographiques (âge, nom, sexe, niveau de scolarité, nationalité), l'échelle d'Olson sur leur famille d'origine et leur famille idéale et le MHLC. Le deuxième recrutement a été effectué par des étudiants universitaires en 2^{ème} licence de Psychologie de l'Université Catholique de Louvain (UCL) qui ont fait passer un questionnaire anonyme comprenant la date de naissance et le sexe, le MHLC et le test d'Olson à des jeunes de leur connaissance. Notre groupe «sain » est considéré, par défaut, comme « normal ». En effet, s'il n'a pas été recruté dans un centre de consultation ou dans un hôpital, nous ne pouvons exclure que l'un ou l'autre des jeunes ne consultent ou n'aient été hospitalisés pour une raison ou une autre.

Le groupe d'adolescents « malades » a été constitué à partir des données systématiques encodées depuis 1990 pour les patients hospitalisés dans le service de médecine psychosomatique et de psychopathologie des cliniques de Mont-Godinne de l'Université Catholique de Louvain. L'enrôlement a été clôturé en décembre 1998. Les patients remplissent systématiquement en début d'hospitalisation et sous la supervision d'un psychologue, outre des données générales comprenant l'âge et la date de naissance, un questionnaire MHLC et un questionnaire de Olson. De manière volontaire, nous n'avons pas tenu compte des diagnostics et ce afin de respecter le caractère

transnosographique de nos hypothèses. A titre d'information, nous les donnons toutefois (tableau II). Les diagnostics ont été révisés avec les critères du DSM IV [3] afin de ne pas recruter des jeunes qui ne seraient plus dans les critères « pathologiques » du fait de l'évolution de la nomenclature.

Axe I	N	%
Nombre de diagnostics pour 358 adolescents	481	100,0
Absence de diagnostic	30	-
Plus de 1 diagnostic	121	-
Troubles de l'humeur	179	37
Troubles anxieux	71	14.7
Troubles liés aux hallucinogènes	64	13.2
Déficit de l'attention et comportement perturbateur	49	10.1
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	27	5.6
Troubles alimentaires	24	4.9
Troubles liés à l'alcool	23	4.8
Troubles somatoformes	18	3.7
Troubles de l'adaptation	9	1.8
Troubles de l'apprentissage	8	1.6
Troubles poly toxicomanies	7	1.4
Troubles factices	1	0.2
Retards Mentaux	1	0.2

Tableau II : diagnostics pour l'axe I des jeunes « en souffrance » – DSM IV

Dans la suite de l'article, le groupe d'adolescents « malades » est dénommé adolescents « en souffrance ».

Qu'ils appartiennent au groupe « sain » ou « en souffrance » les candidats devaient être :

13. âgés de 13 à 25 ans
14. d'état civil : célibataire ou couple non marié,
15. de statut socioprofessionnel : chômage, sans profession et/ou étudiant,

Ces trois critères sont ceux qui ont été proposés par l'OMS [15] comme déterminant la « situation de l'adolescence ». Afin d'homogénéiser encore notre échantillon, les sujets devaient être : étudiants, caucasiens et parlant français.

ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

La réalisation des analyses statistiques a été faite à l'aide du logiciel SPSS for Windows 95/98/NT Advanced Models 9.0S. Vu le nombre de sujets et l'analyse nécessaire de co-variables nous avons mené les tests en paramétrique. Le test χ^2 de Pearsons ou le test exact de Fisher a été utilisé pour comparer les proportions. Les corrélations entre variables continues ont été évaluées par le coefficient r de Pearson contrôlé pour une éventuelle co-variable de préférence à une analyse multivariée. Les variables quantitatives ont été comparées par le test t de Student. Les limites de signification sont :

significatives à $p \leq 0.05$ et très nettement significatives à $p \leq 0.01$. Tous les tests ont été pratiqués en tenant compte des erreurs de premier et de second type et de manière bilatérale.

La présentation des résultats se fait dans l'ordre suivant : analyse des paramètres démographiques (âge et sexe), discussion de l'impact de ces paramètres, comparaison des scores des deux échantillons, corrélation avec le sexe et l'âge. Les autres paramètres démographiques classiques tels que l'origine ethnique, l'occupation et le niveau d'éducation ne sont pas pertinents dans cette étude. En effet, l'origine ethnique et l'occupation ont été fixées par les critères d'éligibilité et le niveau d'éducation, dans le design de cette étude, est dépendant de l'âge. En ce qui concerne le niveau socio-économique, il est évident qu'il ne représente pas la moyenne nationale : si la scolarité obligatoire et gratuite en Belgique jusqu'à 18 ans assure une certaine diversité parmi les étudiants « sains » issus des écoles secondaires, ceci ne peut-être considéré comme vrai pour les étudiants universitaires dont la majorité provient de la classe moyenne. Néanmoins, nous trouvons que, pour notre étude, ceci est plutôt un avantage dans la mesure où cela entraîne une dépendance financière aux parents indépendante de l'âge tant pour les étudiants du secondaire que pour les universitaires. Par contre, cet élément relativise la représentativité de notre échantillon, en particulier pour étendre les observations aux adolescents en général.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Distribution des âges

Le groupe « sain » est composé de 814 sujets, de 13 à 25 ans, d'un âge moyen de 18 ans avec un écart-type de 3 ans. La répartition par tranches d'âge dans l'échantillon sain est la suivante :

ANS	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
%	7.5	6.1	8.4	8.6	9.5	9.9	15.2	14.7	6.5	5.2	2.9	2.5	2

Tableau III: répartition par tranche d'âge des adolescents « sains »

Le groupe « en souffrance » est composé de 358 sujets d'un âge moyen de 20.5 ans (de 14 à 25 ans) avec un écart-type de 3 ans. Ces différences sont statistiquement significatives (t-test : $t = -13.179$ $p = 0.000$).

Distribution du « sexe »

Si le sexe ratio est de 329 hommes pour 436 femmes, soit un rapport de 0.75 dans le groupe « sain », il est de 129 hommes pour 229 femmes dans le groupe « en souffrance » soit un sexe ratio de 0.56. Le sexe ratio en faveur des filles dans le groupe « sain » est dû au fait que les étudiants en faculté de psychologie sont en majorité des femmes. Les différences sont statistiquement significatives entre les deux groupes (χ^2 de Pearson = 69.112 $p = 0.000$).

Impact des paramètres démographiques:

Indépendamment des hypothèses qui comprennent une étude de corrélation avec l'âge et le sexe, nous pouvons constater que les différences de distribution entre les deux groupes sont suffisamment importantes pour qu'il faille de toutes façons les contrôler.

TEST DES HYPOTHESES

Différences de cohésion et d'adaptabilité entre les deux groupes

A l'analyse du tableau III on constate rapidement qu'il existe des différences significatives entre les familles des groupes « sains » et « en souffrance ». Les adolescents « en souffrance » ont des familles d'origine et des familles idéales moins adaptables et moins cohésives. Par contre, les deux groupes ont en commun le fait d'avoir des familles idéales plus adaptables et cohésives que leur famille d'origine.

FACES III	T (t-TEST)	Df	P	MOYENNE	DEVIATION STD	N
Famille d'origine						
Adaptabilité	3.432	1055	0.001			
« sain »				26.5	5.7	716
« souffrant »				25.2	6.3	341
Cohésion	11.6	1099	0.000			
« sain »				33.8	7.1	756
« souffrant »				28.0	8.7	345
Famille idéale						
Adaptabilité	3.906	1063	0.000			
« sain »				32.1	6.1	732
« souffrant »				30.5	6.3	333
Cohésion FI	6.066	1126	0.000			
« sain »				40.6	5.4	795
« souffrant »				38.2	6.8	333

Tableau IV : Comparaison des FACES III des familles d'origine et idéale des jeunes « sains » versus « souffrants » : t-test.

Influence du sexe et de l'âge

Un des objectifs que nous avons fixé est de tester le rôle éventuel du sexe et de l'âge. Indépendamment du fait que l'on étudie le rôle du sexe sur l'échantillon total ou les groupes « sains » ou « en souffrance », pour la famille d'origine, le sexe s'avère n'avoir aucune influence (tableau V). Par contre, pour la famille idéale, il apparaît dans tous les groupes que les filles ont des désirs de cohésion plus grands que les garçons.

	t	Df	P	MOYENNE	D STD	N
Echantillon Total						
Adaptabilité	-0.9	1017	0.369	F : 25.9	6.1	612
Famille d'origine				G : 26.3	5.8	407
Cohésion	-1.371	1054	0.171	F : 31.6	8.2	625
Famille d'origine				G : 32.3	7.4	431
Adaptabilité	0.154	1028	0.877	F : 31.6	6.2	624
Famille idéale				G : 31.5	6.4	406
Cohésion	2.181	1078	0.029	F : 40.2	6.0	639
Famille idéale				G : 39.4	5.9	441
Groupe « sain »						
Adaptabilité	-0.571	676	0.568	F : 26.4	5.7	394
Famille d'origine				G : 26.7	5.9	284
Cohésion	-0.420	709	0.675	F : 33.6	6.9	405
Famille d'origine				G : 33.9	7.3	306
Adaptabilité	0.577	695	0.594	F : 32.2	5.8	408
Famille idéale				G : 31.9	6.6	289
Cohésion	2.103	745	0.036	F : 41.0	5.2	424
Famille idéale				G : 40.1	5.7	323
Groupe « en souffrance »						
Adaptabilité	-0.431	339	0.666	F : 25.1	6.6	218
Famille d'origine				G : 25.4	5.7	123
Cohésion	-0.621	343	0.535	F : 27.8	9.2	220
Famille d'origine				G : 28.4	7.8	125
Adaptabilité	-0.147	331	0.884	F : 30.4	6.7	216
Famille idéale				G : 30.5	5.7	117
Cohésion	1.670	331	0.096	F : 38.7	7.1	215
Famille idéale				G : 37.4	6.2	118

Tableau V : Cohésion et adaptabilité en fonction du sexe dans les familles d'origine et idéale : t-test..
L'âge est déterminant dans la mesure où l'on observe une décroissance de la cohésion de la famille d'origine avec l'âge (tableau VI) dans l'échantillon total et le groupe « sain » alors que la cohésion de la famille idéale, dans le groupe « sains », augmente.

	R	p	N
Echantillon Total			
Famille d'origine			
Adaptabilité	-0.066	0.035	1037
Cohésion	-0.179	0.000	1079
Famille idéale			
Adaptabilité	0.01	0.963	1047
Cohésion	-0.02	0.502	1105
Groupe « sain »			
Famille d'origine			
Adaptabilité	-0.018	0.542	696
Cohésion	-0.097	0.008	734
Famille idéale			
Adaptabilité	0.065	0.082	714
Cohésion	0.096	0.007	772
Groupe « en souffrance »			
Famille d'origine			
Adaptabilité	-0.056	0.299	341
Cohésion	-0.011	0.841	345
Famille idéale			
Adaptabilité	0.009	0.875	333
Cohésion	-0.027	0.628	333

Tableau VI : Cohésion et adaptabilité en fonction de l'âge : probabilité et coefficient de corrélation de Pearson contrôlé pour le sexe.

La question face à cette double évolution de la cohésion (famille d'origine / famille idéale) liée à l'âge est de savoir si l'écart qu'il y a entre les deux croît par une diminution de la cohésion de la famille d'origine ou bien par l'augmentation de la cohésion dans la famille idéale ? L'examen du tableau VII et de la figure 2 montre que si l'on compare les différences de cohésion entre famille d'origine et famille idéale entre les « jeunes » adolescents et les « vieux » adolescents (calculé à partir de la médiane de l'échantillon total : 19 ans), cette évolution se fait surtout à partir d'une diminution de la cohésion de la famille d'origine. L'augmentation de l'écart entre les deux s'avérant, comme on pouvait s'en douter par les corrélations avec l'âge, significatives (différences des moyennes des jeunes : 6.7 (+/- 7.7) ; différences des moyennes des vieux : 8,8 (+/- 8.5), N jeunes : 464, N vieux : 585, t-Student : -3.972, df : 1047, p : 0.000).

	JEUNES ADO. MOYENNE (STD – N)	VIEUX ADO. MOYENNE (STD – N)
Cohésion de la F.O.	33.1 (+/- 7.7 – 481)	31.1 (+/- 8.2 – 598)
Cohésion de la F.I.	39.8 (+/- 5.9 – 491)	40.0 (+/- 6.0 – 614)

Tableau VII : comparaison des moyennes de cohésion entre les « jeunes » et les « vieux » adolescents pour les familles d'origine (F.O.) et idéales (F.I.)

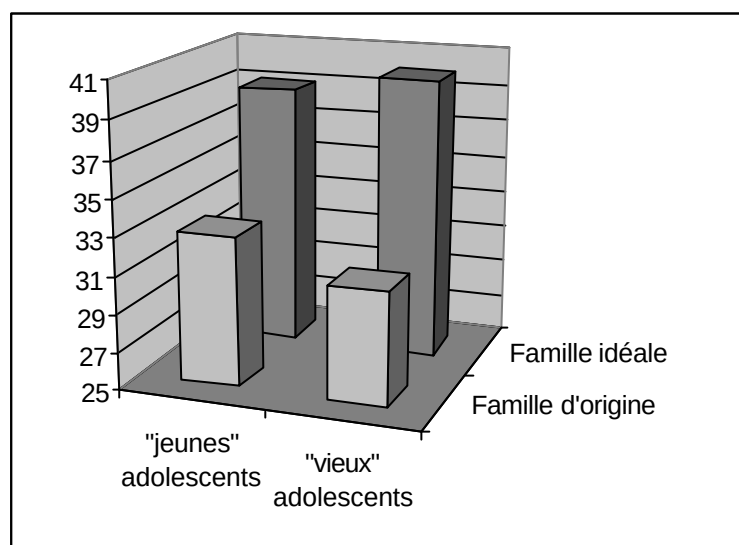


Figure 2 : Evolution des moyennes de cohésion entre les « jeunes » et les « vieux » adolescents pour les familles d'origine (F.O.) et idéales (F.I.)

Légende : axe y : valeur de cohésion ; axe x : tranches d'âge ; axe z :  familles d'origine,  familles idéales.

DISCUSSION

Comme on le voit, il existe des différences tranchées entre les groupes « sains » et « en souffrance », tant au niveau des familles d'origine qu'idéales. Les résultats concernant les familles d'origine viennent s'ajouter à ceux des recherches précédentes tout en apportant deux notions supplémentaires. Primo, une certaine indépendance par rapport au type de « maladie » dont le jeune est atteint et secondo, une notion développementale où l'on voit, du moins chez les « sains », une décroissance de la cohésion en fonction de l'âge.

L'indépendance par rapport à « la maladie » laisse deux interprétations possibles : soit, d'une manière générale, le fait d'avoir une famille peu cohésive et peu adaptable représente un risque supplémentaire d'être atteint d'un trouble psychopathologique quelconque, soit c'est le fait d'être atteint d'une maladie et peu importe laquelle, qui modifie les interactions familiales. Il n'est évidemment pas possible de départager ces deux explications d'autant, qu'à notre connaissance, il n'existe pas d'étude prospective faite avec le FACES III d'Olson. De plus, il faut garder à l'esprit que même si Prange et al [12] trouvent également une indépendance par rapport aux tableaux cliniques, le dessin de notre étude comporte deux biais : d'une part le testing est fait en début d'hospitalisation, ce qui pourrait entraîner une « aggravation » de la perception du jeune de sa famille avec le vécu d'une adaptabilité et d'une cohésion encore moins grande. D'autre part, pour pouvoir affirmer

l'indépendance il faudrait que nous montrions que les mêmes résultats existent pour tous les diagnostics. Nous ne sommes pas, actuellement, dans la possibilité de le faire car si ceci est réalisé pour les grands groupes comme les adolescents dépressifs, cela n'est statistiquement pas possible pour les « petits ». C'est en tous les cas l'étape prochaine à laquelle nous devons nous atteler. A ce stade nous retenons donc qu'il est vraisemblable que les deux types d'interrelations (voire d'interactions) existent et que donc, du point de vue développemental, cela sous-entend, comme Lundholm [11] l'avait déjà suggéré, un soutien aux thèses familialistes.

La décroissance de la cohésion en fonction de l'âge laisse trois interprétations possibles et il faut, de plus, garder en mémoire que les coefficients de corrélation obtenus n'expliquent qu'une petite partie de la variance :

4. Soit, plus le temps passe moins le système familial est cohésif
5. Soit, plus le temps passe et plus le jeune se différencie du système en y introduisant une certaine « incohérence »,
6. Soit, il faut se rappeler que notre test interroge le système familial via les perceptions du jeune par rapport à sa famille, l'interprétation pourrait alors être que les perceptions du jeune se modifient avec le temps vers une certaine « dés-idéalisation » du modèle familial. Le jeune s'aperçoit que sa famille est moins cohésive que ce qu'il voulait bien le croire étant enfant.

Comme, heureusement, toutes les familles ne « divorcent » pas, nous retenons plutôt la deuxième et la troisième solution. Ces interprétations vont d'ailleurs dans le sens des chercheurs psychodynamiciens qui font de l'adolescence la dernière étape de construction de l'individu en tant qu'appareil psychique indépendant. On peut également souligner le fait qu'on ne retrouve pas cette décroissance chez les jeunes « en souffrance » comme si pour grandir et se séparer, il fallait avoir bénéficié d'une famille cohésive. Ce dernier résultat est par ailleurs confirmé si l'on tient compte de la date d'hospitalisation (coefficient de corrélation de Pearson contrôlé pour la date d'hospitalisation et le sexe $r = -0.0225$, $p = 0.678$) afin d'exclure un changement sociologique des attentes des jeunes par rapport à leur famille sur les 8 années de recrutement du groupe « en souffrance ».

Ce résultat nous semble faire lien avec les observations sur la famille idéale. En effet, au niveau de cette dernière on observe que si, tant les sujets sains que les sujets en souffrance rêvent d'une famille idéale plus cohésive et plus adaptable, ce désir est plus fort chez les sujets sains et cette force est liée à l'âge. Plus je grandis, plus je critique ma famille, plus je rêve d'une famille idéale adaptable et cohésive (surtout pour les filles). Ce double mouvement (famille d'origine – famille idéale) pourrait alors être interprété comme « pour pouvoir imaginer ma future famille idéale, j'ai surtout besoin de penser que celle d'où je proviens n'était pas si bien que ça ».

CONCLUSION

Dans la suite de ces constatations il nous semble que cette étude peut avoir différentes implications pratiques :

Tout d'abord, on peut imaginer que nous disposons avec le FACES III d'un instrument qui comporte une dimension prédictive tant du point de vue du pronostic d'une affection que d'un point de vue préventif. Ainsi un adolescent qui adopte un comportement à risque (tabagisme, abus de boissons

alcoolisées,...) serait plus ou moins susceptible de chronifier ce comportement en fonction de ses interactions familiales.

Mais ce qui nous paraît le plus intéressant dans ces données, c'est qu'elles procurent une place « objectivée » et déterminante non seulement aux interactions familiales, à l'activité fantasmatique mais aussi aux liens entre représentations idéales et représentation de la réalité. Aussi, si une implication d'un point de vue du traitement est la nécessité de veiller à la co-évolution du système familial (du point de vue de la cohésion et de l'adaptabilité), les attentes idéales du jeune sont également un élément de cette évolution. De plus, on peut penser qu'en dehors de la santé proprement dite, ce qui est en jeu dans ces attentes et ces capacités d'imaginer une famille idéale c'est la possibilité de la réaliser un jour. Cette notion de solution de continuité entre normal et pathologique retrouve ainsi une place alors qu'elle est hypothéquée [22] depuis le clivage introduit, indirectement, par le choix d'une nosographie kraepelinienne avec le DSM III. Cette nosographie a en effet fait glisser les troubles de l'adolescence qui étaient des troubles du développement, vers des troubles entravant le développement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Beavers WR, Healthy, midrange and severely dysfunctional families. In : Walsch F, Normal Family Process. Guilford, New York, 1982
2. Coburn J, Ganong L, Bulimic and non-bulimic college females' perceptions of family adaptability and family cohesion. J Adv Nurs 1989; 14: 27-33
3. DSM IV, Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. Fourth edition., American psychiatric association press, Washington, 1994
4. Erikson E.H. Adolescence et crise. Paris, Flammarion 1972.
5. Fontaine P, Famille saine ; esquisse conceptuelle générale. Thérapie familiale 1985 ; 3 : 267-282
6. Hottat C. Parent d'adolescent, adulte en question. Mémoire de licence. Louvain la Neuve, Faculté de psychologie 1996.
7. Janne P, De la douleur à la plainte : pour une compréhension psychosomatique de l'ischémie myocardique dite silencieuse. Thèse de doctorat. Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Université Catholique de Louvain, 1989
8. Kashani JH, Allan WD, Dahlmeier JM, Rezvani M, Reid JC, An examination of family functioning utilizing the circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. J Affect Disord 1995; 35: 65-73
9. King S, Dixon MJ, Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. Schizophr Res 1995; 14: 121-132
10. Lawler MK, Volk R, Viviani N, Mengel MB, Individual and family factors impacting diabetic control in the adolescent: a preliminary study. Matern Child Nurs J 1990; 19: 331-345
11. Lundholm JK, Waters JE, Dysfunctional family systems: relationships to disordered eating behaviors among university women. J Subst Abuse 1991; 3: 97-106
12. Michaels CR, Lewandowski LJ, Psychological adjustment and family functioning of boys with learning disabilities. J-Learn-Disabil 1990; 23: 446-450
13. Olson DH, Killorin E, Clinical rating scale for circumplex model (*revised version*). St Paul MN : Family Social Science, University of Minnesota 1985
14. Olson DH, Circumplex model : validation studies FACES III. Family Process 1986; 25 : 337-351
15. Organisation Mondiale de la santé (1994), La santé des jeunes. Genève, OMS
16. Prange ME, Greenbaum PE, Silver SE, Friedman RM, Kutash K, Duchnowski AJ, Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. J Abnorm Child Psychol 1992; 20: 83-102
17. Reynaert Ch, Janne P, Fontaine P, Woerlinck K, Collin A, Cassiers L, Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circomplexe de Olson ou : comment la logique des contraires est aussi une logique des proximités. Thérapie Fam 1991 ; 12 : 55-63
18. Reynaert Ch, Janne P, Zdanowicz N, Vause M, Vervier JF, Description du système familial par ses membres : le sentiment d'autonomie. Cahiers Sc Fam et Sex 1993 ; 17 : 95-111
19. Tubiana RN, Moret L, Czernichow P, Chwalow J, The association of poor adherence and acute metabolic disorders with low levels of cohesion and adaptability in families with diabetic children. Acta Paediatr 1998; 87: 741-746

20. Wallston KA, Wallston BS, De Vellis R, Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. *Health Educ Monog* 1978; 6: 160-170
21. Youngblut JM, Shiao SY, Child and family reactions during and after pediatric ICU hospitalization: a pilot study. *Heart-Lung* 1993; 22: 46-54
22. Zdanowicz N, Reynaert Ch, Janne P, Adolescence and diagnostics. *Psychol. Rep* 1996, 78, 456-466

3.3.6 Les attentes des adolescents d'une famille idéale importante pour leur santé

Article soumis

TITRE : Les attentes des adolescents d'une famille idéale importante pour leur santé.

Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch.

RESUME:

Objectifs : examiner les relations entre les idéaux familiaux et les sentiments de responsabilité des adolescents face à leur santé. **Méthode :** 814 jeunes « sains » ont complété le questionnaire de Olson sur leur famille idéale et d'origine ainsi que le questionnaire multidimensionnel de la santé. Ils ont été comparés à un échantillon de 358 jeunes atteints de troubles mentaux. **Résultats :** si l'on retrouve certaines influences qui ont déjà été décrites entre la famille d'origine et le Lieu de Contrôle de la santé, la famille idéale apporte des influences neuves. C'est le cas pour la cohésion de la famille idéale sur la balance interne – externe et sur le pouvoir attribué aux autres. C'est également le cas pour l'adaptabilité sur le pouvoir attribué aux autres.

Conclusions : Le pouvoir attribué aux autres semble être un élément central des modifications de la gestion de la santé à l'adolescence. Un modèle complexe doit tenir compte non seulement de l'évolution de la cohésion de la famille d'origine elle-même en fonction de l'âge, mais aussi des transactions familiales idéales que l'adolescent soutient et de l'évolution de cet idéal avec l'âge.

MOTS-CLES : adolescence, famille idéale, Olson, MHLC, santé

INTRODUCTION

C'est en 1978 que Wallston K.A. et ses collaborateurs (18) développent l'échelle du Lieu de Contrôle de la santé multidimensionnelle (multidimensional health locus of control MHLC) qui interroge les croyances d'une personne quant à la responsabilité qu'elle exerce dans la détermination de son état de santé. Cette échelle est multidimensionnelle dans la mesure où elle permet de repérer trois types de croyance différents : deux « externes » et une « interne ». Les individus ayant un contrôle interne considèrent que les renforcements dont ils bénéficient dépendent des comportements qu'ils ont. C'est la sous-échelle Lieu de Contrôle interne (internality locus of control IHLC). Les individus externes considèrent que leur santé est soit le fruit de la chance, du destin, c'est la sous-échelle chance (chance health locus of control CHLC), soit de l'action de tierces personnes, c'est la sous-échelle pouvoir des autres (powerful others locus of control PHLC). Enfin, une mesure du rapport des tendances externes – internes peut être calculée par le ratio internalité sur externalité (I/E) (13). Depuis la création de cette échelle, de nombreux travaux, dont une revue a été réalisée par Pauwels A. (10), ont montré que notamment par l'intermédiaire d'attitudes préventives primaires et secondaires des individus, le MHLC était un bon prédicteur de l'état de santé tant en médecine qu'en psychiatrie. Dans l'ensemble de ces travaux, il n'existe à notre connaissance que deux chercheurs qui se sont servi du MHLC chez l'adolescent. L'étude de W.R. Stanton (16) porte sur l'utilité et la stabilité du MHLC à l'adolescence. Il a, outre confirmé l'utilité de l'emploi du MHLC, mis en évidence des différences entre les sexes dans le Lieu de Contrôle. Cet auteur trouve une modification du CHLC et du PHLC entre 13 et 15 ans mais uniquement chez les filles. La seconde étude de Nada-Raja S. (6) porte sur un groupe de plus de 800 jeunes âgés de 15 ans. Cette recherche n'a donc pas étudié l'influence de l'âge sur le MHLC mais a mis en évidence des différences entre les sexes pour les niveaux de IHLC (plus élevé chez les garçons) et de PHLC (plus bas chez les garçons). Elle a aussi montré que les événements de vie négatifs et les croyances des mères à propos de leur propre Lieu de Contrôle sont déterminants pour le niveau du IHLC chez les filles. Chez les garçons, une corrélation a pu être établie entre un haut niveau de support social et/ou d'auto-perception de force avec un haut niveau d'IHLC. Dans une étude antérieure, nous avons pu montrer également que chez les adolescents « sains » on n'observait pas de modification de l'IHLC avec l'âge mais bien une diminution du PHLC avec une augmentation subséquente du ratio internalité / externalité.

Une des particularités du MHLC est qu'il existe, pour l'évaluation du PHLC, un item (item 7) qui interroge la croyance qu'a l'individu du fait que sa famille influence son état de santé, toutefois aucune étude n'a jamais porté sur cet item en particulier. A côté de ce questionnaire direct sur la responsabilité attribuée à la famille, on peut aussi penser que la famille influence, par son éducation mais aussi par son style relationnel, le sujet dans son attitude face à la santé. Telle ou telle famille peut ainsi pousser le sujet à croire qu'il est en position de contrôle sur sa santé ou bien que c'est, par exemple, le destin. De telles interactions ne seront pas mises en évidence par le MHLC. A côté des études sur le MHLC et l'adolescence, il existe des études qui, à l'aide du questionnaire de Olson (7), essaient d'interroger le rapport entre fonctionnement familial et maladie chez l'adolescent. Le modèle circumplex de Olson a pour objectif d'évaluer deux dimensions (2 axes) du fonctionnement d'un système relationnel: la cohésion et l'adaptabilité. La cohésion se définit sur base des « liens

émotionnels que chaque membre de la famille développe à l'égard des autres ». L'adaptabilité est « l'habilité du système conjugal ou familial à changer sa structure de pouvoir, les rôles dans les relations et les règles dans ces relations en réponse à une situation ou une évolution stressante ». Le FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) (8) qui est une version d'auto-évaluation du test permet une évaluation rapide et chiffrée des deux axes décrivant ainsi un style d'interaction et de structure au sein du système. Le modèle est conçu de telle façon que pour ces deux dimensions la « santé » familiale se retrouve dans les valeurs médianes des deux axes, à savoir le « séparé-relié » pour la cohésion et le « structuré-flexible » pour l'adaptabilité (12). Une revue partielle de la littérature pour l'adolescence a été faite par Zdanowicz (19) d'où l'on peut retenir que les familles des adolescents « en santé » sont plus cohésives et adaptables que celles des familles d'adolescents « pathologiques ». Nos recherches ont de plus montré que la dynamique du système familial, chez les adolescents « en santé » évoluait avec l'âge avec une famille d'origine décrite comme de moins en moins cohésive à l'inverse de la famille idéale (20).

OBJECTIFS

Dans une précédente étude (21) nous avons tenté de relier les attitudes du sujet face à la santé (objectivée par le MHLC) avec le mode de relations familiales investigué par le FACES III de Olson. L'objectif était de déterminer si le mode de relations familiales était déterminant sur le fait que les jeunes se sentent responsables de leur santé ou non. Les résultats ont montré qu'en effet, pour une partie de la variance de l'ordre de 1 %, différents paramètres s'avéraient déterminants (tableau I).

	COHESION	ADAPTABILITE
Échantillon total		
IHLC	+	+
PHLC	+	0
I/E		+
CHLC		-
Groupe « sain »		
IHLC		+
PHLC	+	
I/E		
CHLC		-
Groupe « en souffrance »		
IHLC		+
PHLC	+	
I/E		
CHLC		0

Tableau I : influence de la famille sur le sentiment de responsabilité face à la santé.

Tableau non publié, réalisé d'après l'étude de Zdanowicz (21). + : coefficient de corrélation partielle de Pearson positif, contrôlé pour le sexe et l'âge, avec p valant au maximum < 0.01, - = coefficient de corrélation partielle de Pearson négatif, contrôlé pour

le sexe et l'âge, avec p allant au maximum < 0.01 , 0 = coefficient de corrélation partielle de Pearson positif ou négatif, contrôlé pour le sexe et l'âge, avec p allant au minimum 0.9

Comme nous savons également qu'il existe des différences significatives entre les familles idéales de nos deux groupes, les familles des jeunes « sains » étant plus cohésives (t -test = 3.342, df = 1063, p = 0.000) et plus adaptables (t -test = 6.066, df = 1126, p = 0.000) que celles des jeunes « en souffrance » (19), nous nous sommes posé la question de savoir si les attentes des adolescents face à leur famille idéale influençaient également leur façon de se positionner par rapport à la santé ?

Afin d'investiguer ces relations, nous avons étudié les corrélations entre le fonctionnement de la famille idéale et le MHLC chez un échantillon d'adolescents « sains » et un échantillon d'adolescents présentant différents troubles mentaux (adolescents « en souffrance »). Dans le groupe « en souffrance », nous n'avons pas sélectionné une pathologie déterminée pour deux raisons. Primo, parce que les études (19) menées avec le FACES III d'Olson chez les adolescents ont porté sur des pathologies très variées, secundo parce les résultats de Prange et al (11) et Zdanowicz (19) laissent supposer que les caractéristiques familiales représentent une fragilité face aux maladies plutôt qu'à une maladie en particulier.

METHODE

Cette étude a été menée entre décembre 1998 et juin 1999. Les sujets ont complété l'échelle multidimensionnelle du Lieu de Contrôle de la santé ainsi que le FACES III (Olson). Nous avons employé la version française du FACES III traduite par Fontaine P. (4) et du MHLC traduite par Janne P. et Mortreu B. (5).

PARTICIPANTS ET PROCEDURE

Le groupe « sains » a été constitué par deux moyens de recrutement différents. Cette procédure a été utilisée afin d'obtenir des tranches d'âge différentes et des adolescents d'horizons différents. Le premier recrutement a été effectué dans chacune des 6 années d'enseignement secondaire général (c'est-à-dire normalement de 12 à 18 ans) de trois écoles secondaires différentes de la province de Namur. Nous avons demandé aux jeunes, en présence d'un psychiatre examinateur, de remplir outre les données socio-démographiques (âge, nom, sexe, niveau de scolarité, nationalité), l'échelle d'Olson sur leur famille d'origine et leur famille idéale et le MHLC. Le deuxième recrutement a été effectué par des étudiants universitaires en 2^{ème} licence de psychologie de l'Université Catholique de Louvain (UCL) qui ont fait passer un questionnaire anonyme comprenant la date de naissance, le sexe, le MHLC et le test d'Olson à des jeunes de leur connaissance. Il est à remarquer que le groupe « sains » est considéré, par défaut, comme « normal ». En effet, s'il n'a pas été recruté dans un centre de consultation ou dans un hôpital, nous ne pouvons exclure que l'un ou l'autre des jeunes ne consultent ou n'aient été hospitalisés pour une raison ou une autre.

Le groupe d'adolescents « malades » (dénommé adolescents « en souffrance » par la suite) a été constitué à partir des données systématiques encodées depuis 1990 pour les patients hospitalisés dans le service de médecine psychosomatique et de psychopathologie des Cliniques de Mont-Godinne de l'Université Catholique de Louvain. L'enrôlement a été clôturé en décembre 1998. Les patients remplissent systématiquement en début d'hospitalisation et sous la supervision d'un psychologue, outre des données générales comprenant l'âge et la date de naissance, un questionnaire MHLC, un FACES III. Nous n'avons pas tenu compte des diagnostics et ce, afin de

respecter le caractère transnosographique de nos hypothèses. A titre d'information, nous les donnons toutefois (tableau II).

<u>Axe I</u>	N	%
Nombre de diagnostics pour 358 adolescents	481	100,0
Absence de diagnostic	30	-
Plus de 1 diagnostic	121	-
Troubles de l'humeur	179	37
Troubles anxieux	71	14.7
Troubles liés aux hallucinogènes	64	13.2
Déficit de l'attention et comportement perturbateur	49	10.1
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	27	5.6
Troubles alimentaires	24	4.9
Troubles liés à l'alcool	23	4.8
Troubles somatoformes	18	3.7
Troubles de l'adaptation	9	1.8
Troubles de l'apprentissage	8	1.6
Troubles poly toxicomanies	7	1.4
Troubles factices	1	0.2
Retards Mentaux	1	0.2

Tableau II : diagnostics pour l'axe I – DSM IV (1)

Qu'ils appartiennent au groupe « sain » ou « en souffrance » les candidats devaient être :

16. âgés de 13 à 25 ans

17. d'état civil : célibataire ou couple non marié,

18. de statut socioprofessionnel : chômage, sans profession et/ou étudiant,

Ces trois critères sont ceux qui ont été proposés par l'OMS (9) comme déterminant la « situation de l'adolescence ». Afin d'homogénéiser encore notre échantillon, les sujets devaient être : étudiants, caucasiens et parlant français.

ANALYSE ET PRESENTATION DES RESULTATS

La réalisation des analyses statistiques a été faite à l'aide du logiciel SPSS for Windows 95/98/NT Advanced Models 9.0S. Etant donné le nombre important d'observations et la nécessité d'analyser l'influence de certaines co-variables, nous avons utilisé des tests paramétriques. Le test χ^2 de Pearsons ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour comparer les proportions. Les corrélations entre variables continues ont été évaluées par le coefficient r de Pearson éventuellement contrôlé pour une co-variable (corrélation partielle). Les variables quantitatives ont été comparées par le test t de Student. Les limites de signification sont : une tendance à $p < 0.1$, significatif à $p < 0.05$ et très nettement significatif à $p < 0.01$ ou 0.001 . Toutes les statistiques sont faites de manière bilatérale.

La présentation des résultats se fait dans l'ordre suivant : analyse des paramètres démographiques (âge et sexe), discussion de l'impact de ces paramètres, comparaison des scores des deux

échantillons au MHLC, test des hypothèses : corrélation des résultats du FACES III d'Olson et du MHLC. Les autres paramètres démographiques classiques tels que l'origine ethnique, l'occupation et le niveau d'éducation ne sont pas pertinents dans cette étude. En effet, l'origine ethnique et l'occupation ont été fixées par les critères d'inclusion et le niveau d'éducation, dans le design de cette étude, est dépendant directement de l'âge.

RESULTATS

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES

Distribution des âges

L'échantillon total est composée de 1172 sujets d'un âge moyen de 18,8 ans (de 13 à 25 ans) avec un écart-type de 3,2 ans. Le groupe «sains » est composé de 814 sujets, entre 13 et 25 ans, d'un âge moyen de 18 ans avec un écart-type de 3 ans. Le groupe «en souffrance» est composé de 358 sujets d'un âge moyen de 20.5 ans (de 14 à 25 ans) avec un écart-type de 3 ans. Les différences entre le groupe «sains » et «en souffrance » sont statistiquement significatives (t-test : $t = -13.179$, $p = 0.000$).

Distribution du « sexe »

Si le sexe ratio de l'échantillon total est de 507 hommes pour 665 femmes, soit un rapport de 0.76, il existe des différences significatives entre les groupes. Dans le groupe «sains », le sexe ratio est de 329 hommes pour 436 femmes, soit un rapport de 0.75 par rapport à 0.56 (129 hommes pour 229 femmes) dans le groupe «en souffrance ». Ces différences sont statistiquement significatives (χ^2 de Pearson pour le test de Fisher = 69.112 $p = 0.000$).

Impact des paramètres démographiques:

Non seulement il apparaît que les différences de distributions entre les deux groupes sont importantes, mais nous savons en plus par les publications antérieures (cfr introduction) que tant l'âge que le sexe sont des paramètres qui influencent les résultats au FACES III et au MHLC. Il paraît donc évident que nous devons contrôler ces paramètres.

Différences entre les deux groupes au MHLC

A l'analyse du tableau 3, on constate rapidement par le test t de Student, qu'il existe des différences significatives entre le MHLC des groupes «sains » et «en souffrance ».

	t (t-TEST)	Df	P	MOYENNE	DEVIATION STD	N
IHLC	4.498	1134	0.000			
« contrôle »				24.1	4.7	782
« Souffrant »				22.6	6.1	354
PHLC	-7.961	1136	0.000			
« contrôle »				19.2	5.8	783
« Souffrant »				22.3	6.3	355
I/E	8.629	1105	0.000			
« contrôle »				1.40	0.5	754
« Souffrant »				1.12	0.4	353
CHLC	-5.762	1139	0.000			
« contrôle »				17.9	5.5	787
« Souffrant »				19.9	5.8	354

Tableau III : MHLC « sains / souffrant » t-test.

Nous ne commenterons pas ces différences dans la mesure où nous l'avons déjà fait dans des publications antérieures (22). On retiendra en tout cas que ces différences vont dans le sens de celles de la littérature sur le MHLC (cfr introduction) avec d'une part un IHLC et un ratio I/E plus élevé et d'autre part un PHLC et un CHLC plus bas chez les sujets « sains ».

TEST DES HYPOTHESES

Corrélations entre le MHLC et le FACES III de Olson sur la famille idéale

L'examen du tableau IV nous permet de constater que notre hypothèse est vérifiée pour différents paramètres et de retenir différentes observations.

		COHESION	ADAPTABILITE
Échantillon total N = 955			
IHLC	r	0.1098	0.0979
	p	0.001	0.002
PHLC	r	-0.0017	-0.1221
	p	0.957	0.000
I/E	r	0.0742	0.1212
	p	0.021	0.000
CHLC	r	-0.0108	-0.0078
	p	0.737	0.809
Groupe « sain » N = 619			
IHLC	r	0.0932	0.0810
	p	0.018	0.040
PHLC	r	0.1391	-0.0711
	p	0.000	0.071
I/E	r	-0.0153	0.0878
	p	0.699	0.026
CHLC	r	-0.0472	-0.0141
	p	0.232	0.722
Groupe « en souffrance » N = 332			
IHLC	r	0.0730	0.0798
	p	0.189	0.151
PHLC	r	-0.0422	-0.1175
	p	0.447	0.034
I/E	r	0.0916	0.0975
	p	0.099	0.079
CHLC	r	-0.0209	-0.0515
	p	0.707	0.354

Tableau IV : corrélations partielles de Pearson contrôlées pour le sexe et l'âge : MHLC et le FACES III de la famille idéale

Pour l'échantillon total, il existe une relation positive entre la cohésion de la famille idéale l'IHLC et le rapport I/E. Il n'existe pas de rapport entre la cohésion et le PHLC. Il existe également une relation positive entre l'adaptabilité de la famille idéale l'IHLC et le ratio I/E. Enfin, il existe une relation inversement proportionnelle entre l'adaptabilité et le PHLC.

Si nous examinons les concordances avec le tableau I, un certain nombre de liens ont déjà été mis en évidence par rapport à la famille d'origine et leur redécouverte ne fait en somme que confirmer ces liens. Dans une formule simpliste, on pourrait dire que le sujet imagine ce qui est déjà. Ceci est vrai pour les liens entre cohésion et IHLC d'une part et entre adaptabilité - IHLC et ratio I/E d'autre part.

Par contre, le lien entre la cohésion et le ratio I/E apparaît comme neuf parce que dans les études menées à partir des relations dans la famille d'origine rien ne pouvait être déduit concernant ce lien (tableau I). L'on pourrait synthétiser ce lien comme « rien ne sert d'avoir une famille cohésive pour me permettre d'avoir un équilibre entre compter sur les autres ou sur moi, mieux vaut en rêver ». Cette « maxime » n'est, par ailleurs, pas influencée par l'appartenance au groupe « sains » ou « en souffrance », sauf que l'on sait que les jeunes « sains » ont des familles plus cohésives (cf supra).

Le lien entre PHLC et adaptabilité apparaît également nouveau par rapport à la famille d'origine mais de manière plus tranchée. En effet, si l'on pouvait affirmer qu'il n'y avait pas de rapport entre la souplesse du système familial et le sentiment que la santé dépend des autres, l'on peut maintenant dire que plus j'imagine que ma future famille sera adaptable moins j'ai le sentiment de dépendre des autres. Ce lien semble d'ailleurs plus fort (r supérieure) et plus vrai (p supérieure) chez les sujets en souffrance que chez les « sains », ce qui est étonnant dans la mesure ou dans le tableau III les sujets « sains » dépendent moins des autres que les sujets « en souffrance ».

Le lien restant, PHLC – cohésion, est particulier parce que le fait d'appartenir au groupe « sains » ou non modifie son sens. On peut le décrire de la manière suivante : « si la cohésion de ma famille d'origine m'entraîne à penser que je suis dépendant des autres pour ma santé, mon rêve d'une famille idéale plus cohésive m'entraîne dans une plus grande dépendance mais seulement si je suis en bonne santé ». Si l'on se rappelle (cf introduction) que la cohésion de la famille d'origine diminue avec l'âge, tout semble donc se passer comme s'il y avait d'un côté l'âge qui, par la diminution de la cohésion de la famille d'origine, m'éloigne des autres mais en même temps il y a, chez les jeunes en santé, une famille idéale de plus en plus cohésive qui prend le relais de cet effondrement de la place de l'autre.

DISCUSSION

Le pouvoir attribué aux autres (PHLC) semble être un élément central des modifications de la gestion de la santé à l'adolescence. L'on sait déjà qu'il est le principal paramètre qui change durant cette tranche d'âge et ce, face à la stabilité du pouvoir que s'attribue le sujet (IHLC) depuis l'enfance et la discrète augmentation du pouvoir de la chance et/ou du destin (CHLC). C'est uniquement grâce à cette diminution « du pouvoir des autres » que l'équilibre internalité - externalité croît jusqu'à des valeurs telles qu'on les trouve chez des adultes (23). Il apparaît de plus que les mécanismes familiaux qui déterminent le niveau « final » du pouvoir attribué aux autres sont complexes. En effet, les liens entre la cohésion de la famille d'origine et le pouvoir attribué aux autres ne sont pas suffisants pour expliquer son niveau final puisqu'il devrait alors se stabiliser à un niveau supérieur dans le groupe « sains » par rapport au groupe « en souffrance ». Un modèle plus complexe doit donc tenir compte non seulement de l'évolution de la cohésion de la famille d'origine elle-même en fonction de l'âge, mais aussi des transactions familiales idéales que l'adolescent soutient et de l'évolution de cet idéal avec l'âge (figure 1).

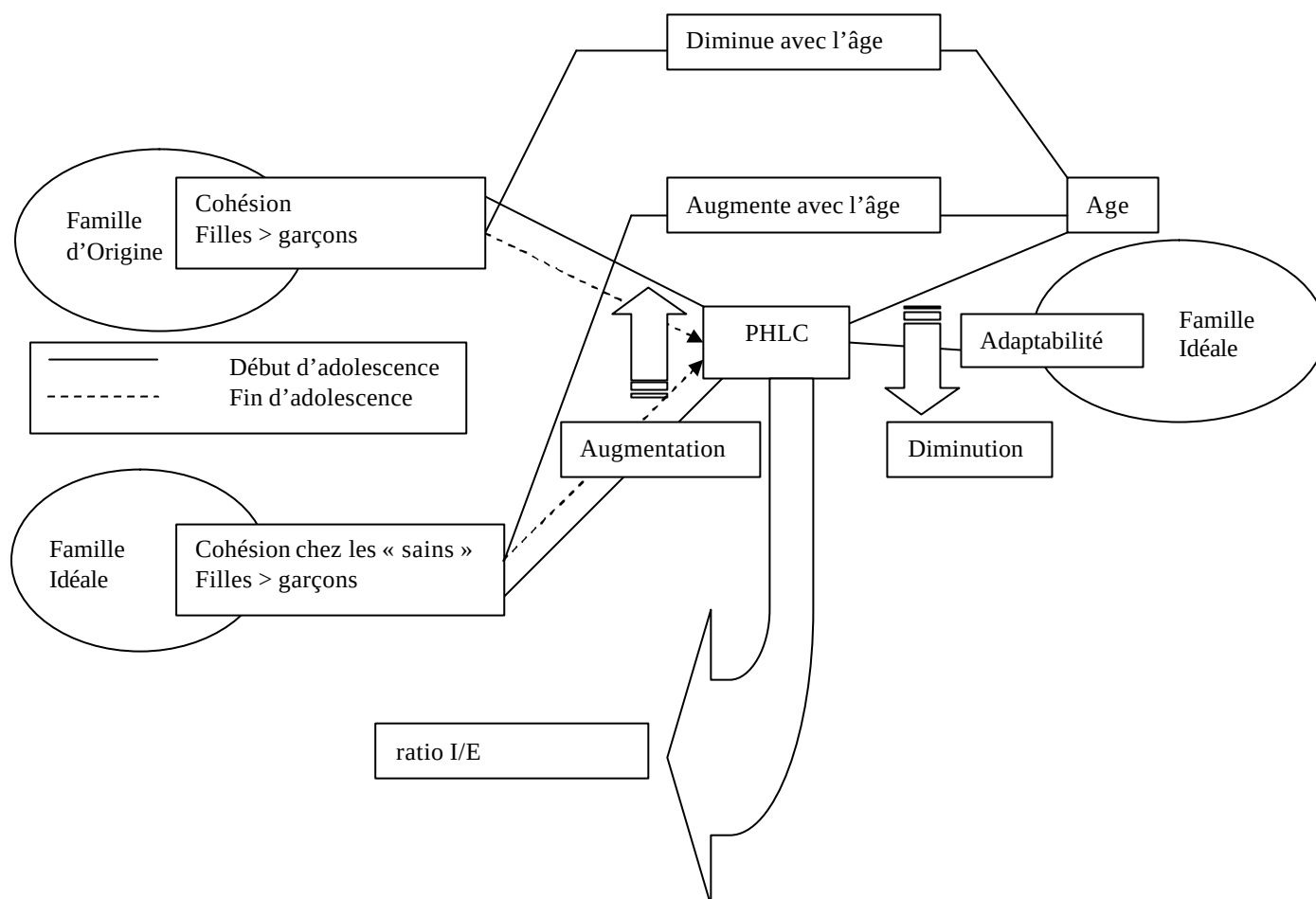


Figure 1: les déterminants du PHLC durant l'adolescence.

L'intérêt principal de ces résultats est certainement leur allure de « missing-link » pour les études qui ont exploré les liens entre famille et pathologie à l'adolescence. En effet, en parcourant ces études, on ne peut que s'interroger sur l'origine des mécanismes qui relient le fonctionnement familial avec la maladie. Il apparaît ici que le style de dynamique familiale, de sa famille mais aussi de son idéal familial, est déterminant dans la formation du jugement attributif du jeune par rapport aux lieux qui régissent sa santé. Certes, le pourcentage de la variance expliqué est limité mais il aurait été étonnant (et un peu inquiétant) que l'attitude face à la santé dépende principalement de la famille, qu'elle soit réelle ou à venir.

CONCLUSION

L'intérêt qu'il nous semble y avoir aux études investiguant les modifications du Lieu de Contrôle de la santé et la famille est de conférer à la santé une dimension développementale. En effet, comme on parle d'un aspect développemental à une maladie, il semble que l'on puisse parler d'un aspect développemental de la santé. La santé et surtout l'effort de contrôle de sa santé, est une valeur en devenir de l'enfance à l'âge adulte. Qui plus est, cette santé développementale n'est pas qu'une valeur personnelle de l'enfant ou de l'adolescent ; elle est en développement au sein du système

familial. Dans cette perspective et si la maladie est définie d'abord par rapport à une perte de l'état de santé, elle apparaît alors, à l'adolescence, comme un aléa de ce développement. A la lumière de l'évolution du MHLC durant l'adolescence, l'on peut même dire qu'elle est un aléa dans le processus de diminution du pouvoir de la famille sur la santé du jeune. Cette conception nous semble dans le prolongement direct du travail de dé-liaison à l'adolescent théorisé par Cahn (2) mais aussi dans le prolongement direct des thèses familialistes sur les redistributions des rôles durant l'adolescence (3). Aussi, l'on peut dire que s'il y a une crise personnelle à l'adolescence, c'est avant tout un réaménagement de la valeur de l'autre et s'il y a une crise familiale à l'adolescence, c'est un réarrangement des places relatives des familles d'origine et idéale. Ces considérations ne vont pas dans le sens d'une « remise au goût du jour » de l'ancienne thèse psychodynamique qui faisait de la crise d'adolescence une manifestation d'un état de santé. D'autant que l'on sait que, heureusement, pour une majorité d'adolescents, l'adolescence se passe sans trop de problèmes (15). Par contre, il semble bien que l'on puisse interpréter, au moins partiellement, la survenue d'une maladie durant l'adolescence comme un signal d'alarme d'un danger guettant le développement de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. American psychiatric association Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4rd edn) (DSM-IV). APA, Washington, 1994.
2. Cahn R. L'adolescent dans la psychanalyse. Paris, PUF 1998.
3. Elkaïm M. Panorama des thérapies familiales. Le Seuil, Paris, 1995.
4. Fontaine P. Famille saine ; esquisse conceptuelle générale. In Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques (Eds Benoît J.C. et al.), pp 267-282. ESF, Paris, 1988.
5. Janne P. De la douleur à la plainte : pour une compréhension psychosomatique de l'ischémie myocardique dite silencieuse : thèse de doctorat. Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, Université Catholique de Louvain, 1989.
6. Nada-Raja, S., McGee, R., Williams, S. Health beliefs among New Zealand adolescents. J of Paed and Child Health, 1994; 30: 523-529.
7. Olson, D. H., Killorin, E. Clinical rating scale for circumplex model (revised version). StPaul MN Family Social Science, University of Minnesota, 1985.
8. Olson, D.H. Circumplex model : validation studies FACES III. Family process, 1986; 25: 337-351.
9. Organisation Mondiale de la Santé. La santé des jeunes. OMS, Genève, 1994.
10. Pauwels, A., Janne, P., Reynaert, Ch. De différents modèles de croyances envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis-à-vis de la santé : une tentative d'approche intégrative. J de thérapie comportementale et cognitive, 1999 ; 9 : 99-107.
11. Prange, M.E., Greenbaum P.E., Silver S.E., Friedman R.M., Kutash K., Duchnowski A.J. Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. J Abnorm Child Psychol, 1992; 20: 83-102.
12. Reynaert, Ch., Janne, P., Zdanowicz, N. Description du système familial par ses membres : le sentiment d'autonomie. Cahiers Sc Fam et Sex, 1993 ; 17 : 95-111.
13. Reynaert, Ch., Janne, P., Delire V., Pirard M., Randour Ph., Collard E., Installé E., Coche E., Cassiers L. To control or to be controlled ? From health locus of control to morphine during patient-controlled analgesia. Psychother Psychosom, 1995 ; 319 : 1-8.
14. Reynaert, Ch., Janne, P., Donckier, J., Buyschaert M., Zdanowicz N., Lejeune D., Cassiers L. Locus of control and metabolic control. Diab Métab, 1995 ; 21, 180-187.
15. Rodriguez-Tomé H., Jackson S., Bariaud F. Regards actuel sur l'adolescence. Paris, PUF 1997.
16. Stanton, W. R., Nada-Raja S., Langley J. Stability in the structure of health locus of control among adolescents. British J of Clin Psychol, 1995; 34: 279-287.
17. Thomas, P.D., Hooper, E.M. Healthy elderly : social bonds and locus of control. Resea in nurs and health, 1983 ; 6 : 11-16.
18. Wallston, K.A., Wallston, B.S., De Vellis, R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Health Educ Monog, 1978; 6: 160-170.
19. Zdanowicz, N., Reynaert, Ch., Janne, P. De la « maladie » à la « santé » de l'adolescent : une attente de cohésion familiale. Annales Médico Psycho, 2000, sous presse.
20. Zdanowicz, N., Reynaert, Ch., Janne, P. Comparaison des liens familiaux entre un échantillon d'adolescents « sains » et atteints de troubles mentaux. Psychopathology, 2000, soumis.

21. Zdanowicz, N., Reynaert, Ch., Janne, P. Famille, santé et adolescence, soumis.
22. Zdanowicz, N., Reynaert, Ch., Janne, P. Comparaison du MHLC entre un échantillon d'adolescents « sains » et « en souffrance ». Soumis.
23. Zdanowicz, N., Reynaert, Ch., Janne, P. Changes in the health locus of control during adolescence. Soumis.

4 Conclusions

4.1 *Démonstration de la thèse*

Comme il l'a été montré dans la section « empirique », la plupart de nos hypothèses s'avèrent, au vu de nos données tout au moins, fondées.

Le premier temps - individuel, avec *la première hypothèse* qui est°: « l'adolescence est un processus individuel d'internalisation de la santé » est, du moins partiellement, corroborée par l'évolution de l'internalité relative avec l'âge.

La deuxième hypothèse, selon laquelle les adolescents « en souffrance » auraient un retard d'internalisation par rapport au groupe contrôle, a trouvé une confirmation non seulement dans les valeurs de l'internalité du Lieu de Contrôle de la santé et du ratio Internalité / Externalité, mais aussi dans le fait que les adolescents « en souffrance » se sont avérés également plus dépendants des autres et de la chance.

Le deuxième temps qui concerne la dimension familiale avec *la troisième hypothèse* : les adolescents « en souffrance » ont des familles plus rigides - désengagées ou chaotiques – enchevêtrées que le groupe « sain » n'a également été validée que partiellement puisqu'il a seulement été montré que les adolescents « en souffrance » proviennent préférentiellement des familles décrites comme « rigides – désengagées ».

Enfin, *la quatrième hypothèse*, qui postule l'existence d'un lien entre le processus d'internalisation du Lieu de Contrôle de la santé et la dynamique familiale a permis de montrer le rôle central du pouvoir des autres. Il se révèle être le médiateur, dynamique avec l'âge, des interactions familiales avec le Lieu de Contrôle.

Si ces 4 hypothèses permettent donc de dire qu'en cas de trouble - ou de crise - à l'adolescence il y a un retard de l'internalisation relative du Lieu de Contrôle en relation avec une dynamique familiale « rigide – désengagée », elles apportent aussi un certain nombre de limites et d'ouvertures.

4.2 *Limites et ouvertures*

4.2.1 Sur la santé

La première limite que nous avons rencontrée est la constatation que, contrairement à ce que nous pensions, s'il existe une internalisation de la santé durant

l'adolescence, cette internalisation est une internalisation relative. Il n'y a pas d'augmentation de l'internalité pure durant l'adolescence. L'internalité est, précocement, à un niveau identique à celui des adultes et ce sont les variations de la dimension pouvoir des autres du Lieu de Contrôle qui sont centrales durant l'adolescence. Le pouvoir des autres du Lieu de Contrôle de la santé est central pour trois raisons :

1. Il assure dans un premier temps de l'adolescence, par sa décroissance liée à la cohésion de la famille d'origine, l'internalisation relative.
2. Mais il assure aussi dans un deuxième temps de l'adolescence, par une augmentation liée à la cohésion de la famille idéale, une confiance minimale dans l'autre.
3. Enfin, il est le point pivot d'articulation entre dynamique familiale et le Lieu de Contrôle de la santé.

Bien qu'il existe également des liens entre l'adaptabilité et internalité ces liens nous paraissent moins importants parce qu'ils ne s'avèrent pas corrélés avec l'âge. L'adaptabilité d'une famille à travers les âges est aussi stable (que ce soit d'ailleurs l'adaptabilité de la famille d'origine ou celle de la famille idéale) que l'IHLC. Il semble donc que l'adaptabilité d'une famille soit une donnée « programmée une fois pour toutes ».

Le PHLC a donc un aspect de « pivot - dynamique » qui nous semble constituer le « missing link » permettant de combler, au moins partiellement, le saut conceptuel qui existe entre les interactions familiales et la santé. A la lumière de l'évolution du Lieu de Contrôle de la santé durant l'adolescence mais aussi des liens familiaux, la santé apparaît donc comme un processus de diminution du pouvoir de la famille sur la santé du jeune. Cette santé, en développement, n'est donc pas qu'une valeur personnelle de l'enfant ou de l'adolescent ; elle est en développement au sein du système familial. Cette conception est dans le prolongement direct du travail de déliaison à l'adolescence théorisé par les psychodynamiciens (chapitre 2.2.1) mais aussi dans le prolongement direct des thèses familialistes sur les redistributions de rôle durant l'adolescence (chapitre 2.2.2). Aussi, si l'on peut dire qu'il y a une crise personnelle à l'adolescence, c'est avant tout un réaménagement de la valeur de l'autre et s'il y a une crise familiale à l'adolescence, c'est un réarrangement des places relatives des familles d'origine et idéale. Par ailleurs, si cette mise en lumière du rôle de la famille comporte un risque de normalisation où l'on peut identifier de

bonnes et de mauvaises familles, elle permet de déstigmatiser les familles chaotiques - fusionnelles qui s'avèrent moins pathogènes que ce que nous pensions. Il s'agit là certainement de la deuxième limite par rapport à nos hypothèses de départ.

4.2.2 Sur la famille idéale

Outre les ouvertures sur le concept de santé, une autre ouverture est certainement sise dans le rôle que semble jouer la famille idéale. Cette ouverture, initialement fortuite dans le protocole de recherche, nous paraît être importante. En effet, si elle nous permet de dire que la famille idéale est un des paramètres de l'évolution du pouvoir des autres dans le Lieu de Contrôle de la santé, d'une manière plus générale, elle restitue aussi à des pensées formelles (c'est-à-dire portant sur un objet inexistant et à venir – un fantasme) une influence sur une disposition cognitive (le pouvoir attribué aux autres), voire sur un état biologique (la santé). L'influence de la famille idéale se fait tant à travers la cohésion que l'adaptabilité. Mais, pour la cohésion dans un lien influencé par l'âge et sélectivement sur le pouvoir des autres, alors que pour l'adaptabilité le lien est indépendant de l'âge et porte tant sur l'internalité que sur le pouvoir des autres.

4.2.3 Sur des implications pratiques

4.2.3.1 Prévention

Cette étude laisse entrevoir des conséquences possibles par rapport aux campagnes de prévention. Tout d'abord, elles devraient s'adresser non seulement aux adolescents mais également à leurs parents. Le message pour les adolescents devrait plutôt qu'être direct comme « la santé, c'est votre affaire », être indirect dans le sens « la santé est une affaire sérieuse, ne la laissez pas aux autres ni à la chance ou au destin ». Le message auprès des parents serait une invitation à désinvestir leur rôle par rapport à la santé. De même, vu les résultats par rapport aux dynamiques familiales, on peut se demander si une action préventive ne pourrait être tentée en invitant les parents, au moins dans le domaine de la santé, à témoigner avec leurs adolescents d'une attitude cohésive et souple plutôt que mal structurée et rigide. Un tel message pourrait être transmis tant au cours des consultations de médecine générale que par une campagne médiatique.

4.2.3.2 Dépistage

On peut imaginer que nous disposons avec le FACES III et le MHLC de deux instruments qui puissent servir à l'évaluation du pronostic et ce, tant pour des comportements à risque que face à un état pathologique avéré. Ainsi, face aux comportements à risque il y aurait peut-être moyen de prédire, par exemple, le risque de dépendance tabagique, alcoolique ou autre chez un adolescent qui en est encore à la période d'essai - initiation de ces substances. Face à un état pathologique avéré, un adolescent « en souffrance », mais qui se situe dans les quadrants « normaux » du modèle d'Olson, aura sans doute un pronostic meilleur qu'un adolescent ayant une famille dans les quadrants extrêmes ou pire, dans les quadrants désengagés, structurés ou rigides. Une telle évaluation pourrait entraîner la mise en place d'un dispositif thérapeutique plus ou moins important.

4.2.3.3 Traitement

Du point de vue curatif, l'étude laisse entrevoir différents moyens pour augmenter une efficacité thérapeutique :

- veiller à ce que les parents délèguent progressivement leurs responsabilités par rapport aux soins à leurs adolescents,
- souligner que sans la collaboration du jeune, le médecin a moins d'espoir de réussite.
- faire attention aux garçons qui disent qu'ils maîtrisent alors qu'il n'en n'est sans doute plus rien.
- pour un adolescent souffrant d'une maladie chronique depuis l'enfance, la nécessité de le transformer en acteur de son traitement.

Enfin, si une implication d'un point de vue du traitement est la nécessité de veiller à la co-évolution du système familial (du point de vue de la cohésion et de l'adaptabilité), les attentes idéales du jeune sont également un élément de cette évolution. De plus, on peut penser qu'en dehors de la santé proprement dite, ce qui est en jeu dans ces attentes et ces capacités d'imaginer une famille idéale, c'est la possibilité de la réaliser un jour.

4.3 Futures études

Cinq directions différentes peuvent être prises pour poursuivre cette recherche :

1. Etendre l'échantillon des jeunes à des niveaux de scolarisation différents (technique et professionnel) afin d'étendre, voire de généraliser, ou moduler, nos observations.
2. Faire une étude prospective en comparant dans l'échantillon « sains » le devenir des sujets repérés comme à risque par le FACES III et le MHLC versus ceux à non-risque afin de confirmer le possible aspect prédictif.
3. Faire une étude prospective sur l'évolution du MHLC, du FACES III et de l'état de santé chez les sujets « en souffrance » afin de voir s'il existe un « rattrapage » du retard d'internalisation.
4. Refaire le même protocole que l'étude présente mais dans une tranche d'âge inférieure (0-12) afin d'étudier l'évolution précoce de l'IHLC.
5. Corroborer indirectement les résultats par une étude sur la validité des prédictions obtenues par les mesures de dépistage ou par l'efficacité des mesures thérapeutiques.

4.4 Au delà des hypothèses...

Si nous avons rencontré les hypothèses premières et explicites de notre thèse il reste à discuter si nous avons rencontré, ou non, les hypothèses secondes – implicites qui étaient sur la possibilité d'une rencontre entre les deux psychiatries.

On pourrait d'emblée clore le débat en disant que par la méthodologie même que nous avons employé, partir d'éléments théoriques de psychodynamiciens et de familialistes pour les tester avec les instruments de la psychiatrie « anglo-saxonne », répond à la question. Toutefois, dans ce cas, rien ne prouverait qu'une telle démarche soit féconde et ne soit rien de plus qu'un exercice intellectuel. Les critiques seraient alors : de la part des psychodynamiciens : « à quoi bon ce travail si c'est pour démontrer des choses que l'on sait déjà » et de la part des autres : « pourquoi partir d'une théorie aussi complexe alors qu'il y a moyen de démontrer ces hypothèses à partir d'interprétations plus simples et plus proches des données (cfr chapitres 3.1 et 3.2) » ?

Il nous semble que ce que nous avons montré est que la santé est, à l'adolescence, une valeur en devenir prise dans la question de l'autonomie et en particulier de l'autonomie familiale. Si cet aspect rappelle l'accent mis par les psychodynamiciens sur l'adolescence comme une crise salutaire générant un plus de santé, elle présente une différence fondamentale : elle introduit la maladie comme un

développement insuffisant de la santé plutôt que comme une manifestation amenant un plus de santé. Dans cette perspective, si la maladie est définie chez l'adulte comme une perte de l'état de santé, elle apparaît à l'adolescence comme un aléa dans son développement. Il existe donc un processus normatif de la santé à l'adolescence et les états pathologiques signent son échec. Cette solution de continuité entre santé et pathologique, comme d'ailleurs celle entre fantasme et réalité mentionnée au chapitre 4.2.2, est en psychiatrie « anglo-saxonne » hypothéquée depuis le clivage introduit par le choix d'une nosographie sur des critères de santé à prépondérance externe. En effet, dans un tel choix épistémologique, c'est moins le critère d'une réalité positive qui a été choisi que l'exclusion d'une subjectivité immatérielle⁹³. Il n'est dès lors pas étonnant que se pose en même temps tant la question de la nécessité d'une évaluation métapsychologique globale avant tout diagnostique (comme le proposaient Mâle⁸³ et Laufer⁹¹ dans une nosographie du développement) que la question du choix d'un système nosographique : pathologie entravant le développement ou pathologie du développement. Nous répondrions donc au premier, qu'à l'adolescence la crise ne signe pas la santé et au deuxième, qu'il faut soigner la santé avant la pathologie. A ce titre, cet ensemencement respectif des 2 champs nous semble un plus concret.

De la même manière, nous assistons à l'heure actuelle et dans le domaine de l'adolescence, à une interrogation des pédiatres sur les modalités spécifiques de prises en charge des adolescents (chapitre 2.1.1). Modalités par rapport auxquelles les psychodynamiciens de type psychanalytique et familialiste ont des éléments de réponses mais dont ils n'ont fait que rarement l'effort d'une objectivation en des termes choisis pour les praticiens somaticiens. En cela nous montrons au cours d'une thèse faite en faculté de médecine comment des éléments relationnels et psychogénétiques en plein remaniement chez les adolescents ont le pouvoir d'influencer une disposition biologique comme la santé. Soit encore comment le symbolique et l'imaginaire influencent le réel.

5 Annexes

5.1 **Annexe 1 : Lieu de contrôle multidimensionnel de la santé de Wallston**

Instructions: cette feuille comporte 18 phrases qui parlent de la santé. On vous demande d'indiquer dans quelle mesure ces phrases correspondent à votre façon de penser et d'agir. Vous avez 6 possibilités de réponses pour chaque phrase. Plus vous estimez que la phrase correspond à votre personne, plus vous placez votre croix du côté Vrai; plus vous estimez qu'elle ne correspond pas à vous-même, plus vous marquez votre croix du côté Faux. Il est **très important** que vous répondiez à **toutes** les phrases !

- | | | | | | | | |
|-----|--|------|------|------|------|------|------|
| 1. | Lorsque je suis malade, c'est mon propre comportement qui détermine le temps qu'il me faudra pour guérir. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 2. | Quoique je fasse, si je suis sur le point de tomber malade, je serai malade. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 3. | Avoir des contacts réguliers avec mon médecin, c'est pour moi la meilleure façon d'échapper à la maladie. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 4. | Il me semble que mon état de santé est, en grande partie, influencé par des événements accidentels, des faits du hasard. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 5. | Chaque fois que je ne me sens pas bien, je devrais consulter quelqu'un de compétent dans le domaine médical. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 6. | Mon état de santé est sous mon contrôle. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 7. | Ma famille a beaucoup d'influence sur le fait que je sois ou non en bonne santé. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 8. | Quand je tombe malade, c'est de ma faute. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 9. | La chance joue un grand rôle pour déterminer le temps qu'il me faudra pour guérir. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 10. | Les médecins (ou professions médicales) me gardent en bonne santé. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 11. | Pour moi, être en bonne santé, c'est pour une grande part avoir la chance de mon côté. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 12. | Mon état de santé dépend principalement de la façon dont je prends soin de moi-même. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 13. | Si je prends soin de moi-même, je peux éviter la maladie. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
| 14. | Lorsque je guéris, c'est habituellement parce que d'autres personnes (docteurs, infirmières, famille, amis) ont bien pris soin de moi. | FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |

- 15.** Quoi que je fasse, je suis susceptible de tomber malade.
- | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|
| FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
|------|------|------|------|------|------|
- 16.** Lorsque je deviens malade, c'est le fait du destin.
- | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|
| FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
|------|------|------|------|------|------|
- 17.** Si je prends des précautions, je peux rester en bonne santé.
- | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|
| FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
|------|------|------|------|------|------|
- 18.** Suivre à la lettre les conseils du médecin, c'est pour moi la meilleure façon de rester en bonne santé.
- | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|
| FAUX | FAUX | FAUX | VRAI | VRAI | VRAI |
|------|------|------|------|------|------|

5.2 Annexe 2 : Family Adaptability and Cohesion Scale de Olson

F.A.C.E.S III
FAMILLE D'ORIGINE

Décrivez votre famille d'origine (parents, frères, soeurs, grands-parents, etc.) en indiquant en marge le n° de celle des 5 réponses qui vous paraît la plus adéquate. Si vous n'avez plus ni parents, ni frères et soeurs, ni grands-parents, passez à la page suivante.

1	2	3	4	5
presque jamais	rarement	parfois	fréquemment	presque toujours

- | | |
|---|-----|
| 1. Les membres de notre famille demandent de l'aide les uns aux autres. | ... |
| 2. Quand on doit résoudre des problèmes, les suggestions des enfants sont suivies. | ... |
| 3. Nous apprécions les amis de chacun d'entre nous. | ... |
| 4. Les enfants ont leur mot à dire dans les questions de discipline qui les concernent. | ... |
| 5. Nous n'aimons faire des choses qu'avec notre famille directe. | ... |
| 6. Dans notre famille, différents membres jouent un rôle de chef. | ... |
| 7. Les membres de notre famille se sentent plus proches les uns des autres que des personnes étrangères à la famille. | ... |
| 8. Notre famille change sa façon de s'occuper des tâches. | ... |
| 9. Les membres de notre famille aiment passer des moments de loisirs ensemble. | ... |
| 10. Les punitions se discutent entre parents et enfants. | ... |
| 11. Les membres de notre famille se sentent très proches les uns des autres. | ... |
| 12. Dans notre famille, les enfants prennent les décisions. | ... |
| 13. Quand notre famille se réunit pour faire quelque chose, tout le monde est là. | ... |
| 14. Les règles de vie en commun changent dans notre famille. | ... |
| 15. Il nous est facile de trouver des choses à faire ensemble en famille. | ... |
| 16. Nous faisons passer les responsabilités ménagères de l'un à l'autre. | ... |
| 17. Les membres de la famille demandent l'avis des autres membres au sujet de leurs décisions. | ... |
| 18. Il est difficile de déterminer qui dirige dans notre famille. | ... |
| 19. L'unité de la famille est très importante. | ... |
| 20. Il est difficile de savoir qui fait tel ou tel travail ménager. | ... |
-

FAMILLE IDEALE

Décrivez maintenant votre future famille (celle que vous aurez quand vous même serez marié) telle que vous voudriez qu'elle soit idéalement pour vous en indiquant en marge le n° de celle des 5 réponses qui vous paraît la plus adéquate.

	1	2	3	4	5
	presque jamais	rarement	parfois	fréquemment	presque toujours
1.	Les membres de notre famille demandent de l'aide les uns aux autres.				...
2.	Quand on doit résoudre des problèmes, les suggestions des enfants sont suivies.				...
3.	Nous apprécions les amis de chacun d'entre nous.				...
4.	Les enfants ont leur mot à dire dans les questions de discipline qui les concernent.				...
5.	Nous n'aimons faire des choses qu'avec notre famille directe.				...
6.	Dans notre famille, différents membres jouent un rôle de chef.				...
7.	Les membres de notre famille se sentent plus proches les uns aux autres que des personnes étrangères à la famille.				...
8.	Notre famille change sa façon de s'occuper des tâches.				...
9.	Les membres de notre famille aiment passer des moments de loisirs ensemble.				...
10.	Les punitions se discutent entre parents et enfants.				...
11.	Les membres de notre famille se sentent très proches les uns des autres.				...
12.	Dans notre famille, les enfants prennent les décisions.				...
13.	Quand notre famille se réunit pour faire quelque chose, tout le monde est là.				...
14.	Les règles de vie en commun changent dans notre famille.				...
15.	Il nous est facile de trouver des choses à faire ensemble en famille.				...
16.	Nous faisons passer les responsabilités ménagères de l'un à l'autre.				...
17.	Les membres de notre famille demandent l'avis des autres au sujet de leurs décisions.				...
18.	Il est difficile de déterminer qui dirige dans notre famille.				...
19.	L'unité de la famille est une priorité chez nous.				...
20.	Il est difficile de savoir qui fait tel ou tel travail ménager.				...

5.3 Annexe 3 : comparaison des DSM II et III

DSM II comparé au DSM III	
Troubles transitoires situationnels (307)	Trouble de l'adaptation (309)
307.0* Réaction d'ajustement de la petite enfance	309.00 Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive
307.1* Réaction d'ajustement de l'enfance	309.24 Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse
307.2* Réaction d'ajustement de l'adolescence	309.28 Trouble de l'adaptation avec caractéristiques émotionnelles mixtes
307.3* Réaction d'ajustement de l'adulte	309.30 Trouble de l'adaptation avec perturbations des conduites
307.4* Réaction d'ajustement de la fin de vie	309.40 Trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites
	309.23 Trouble de l'adaptation avec inhibition au travail (ou dans les études)
	309.83 Trouble de l'adaptation avec retrait social
	309.90 Trouble de l'adaptation avec manifestations atypiques
Troubles comportementaux de l'enfance et de l'adolescence (308)	Troubles apparaissant habituellement durant la première et la deuxième enfance ou à l'adolescence
308.0* Réaction hyperkinétique de l'enfance (ou de l'adolescence)	<u>Trouble déficitaire de l'attention</u>
	314.01 Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
	314.00 Trouble déficitaire de l'attention sans hyperactivité
	314.80 Trouble déficitaire de l'attention. Type résiduel
308.2* Réaction hyperanxieuse de l'enfance (ou de l'adolescence)	<u>Trouble anxieux de l'enfance ou de l'adolescence</u>
	309.21 Trouble : angoisse de séparation
308.3* Réaction de fuite de l'enfance (ou de l'adolescence)	313.00 Trouble : hyperanxiété
	313.21 Trouble : évitement de l'enfance ou de l'adolescence
308.4* Réaction asociale agressive de l'enfance (ou de l'adolescence)	<u>Troubles des conduites</u>
	312.00 Troubles des conduites, type mal socialisé-agressif
	312.10 Troubles des conduites, type mal socialisé-non agressif
	312.23 Troubles des conduites, type socialisé-agressif
	312.21 Troubles des conduites, type socialisé-non agressif
308.5* Réaction de délinquance de l'enfance (ou de l'adolescence)	312.90 Trouble atypique des conduites
308.9* Autres réactions de l'enfance (ou de l'adolescence)	<u>Autres troubles de la première et de la deuxième enfance ou de l'adolescence</u>
308.1* Réaction de retrait de l'enfance (ou de l'adolescence)	313.89 Trouble réactionnel de l'attachement de la petite enfance
	313.22 Trouble schizoïde de l'enfance et de l'adolescence
	313.23 Mutisme électif
	313.81 Trouble oppositionnel
	313.82 Trouble de l'identité
<i>Dans le DSM II le retard mental est classé séparément</i>	317.0(x) – 318.2(x) Retard mental
<i>Dans le DSM II classés dans les « symptômes spéciaux »</i>	307.10 – 307.50 Troubles de l'alimentation
<i>Dans le DSM II les mouvements stéréotypés sont classés dans les « symptômes spéciaux »</i>	307.21 – 307.30 Les troubles : mouvements stéréotypés
<i>Dans le DSM II les autres troubles avec manifestations physiques sont classés dans les « symptômes spéciaux »</i>	307.00 – 307.46 Autres troubles avec manifestations physiques
<i>Dans le DSM II les troubles globaux sont classés dans les « psychoses non attribuables à une condition physique »</i>	299.0x – 299.8x Troubles globaux du développement

6 Bibliographie

- 1 Malherbe J.F. Elément pour une philosophie de la médecine. Louvain la Neuve, CIACO, 1980.
- 2 Renard C. Bulletin d'éducation du patient 2000 ; 19 : 107-109.
- 3 Zdanowicz N., van Meerbeeck Ph. L'adolescent et l'asile. Acta Psychiatrica Belgica, 1991; 91: 193-197.
- 4 Debesse M. La crise d'originalité juvénile. Paris, PUF, 1936.
- 5 Van Meerbeeck Ph. Les années folles de l'adolescence. Bruxelles, De Boeck Université, 1988.
- 6 Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, Gallimard, 1972.
- 7 Gauchet M., Swain G. La pratique de l'esprit humain. Paris, Gallimard, 1980.
- 8 Morel P. Dictionnaire biographique de la psychiatrie. Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en Rond, 1996.
- 9 Pignarre Ph. L'invention du médicament moderne. Les cahiers de science et vie 1997 ; 37 : 58-65.
- 10 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 2^{ième} ed. Washington, American psychiatric association, 1968.
- 11 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 3^{ième} ed. Washington, American psychiatric association, 1980.
- 12 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 3^{ième} ed révisée. Washington, American psychiatric association, 1987.
- 13 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^{ième} ed. Washington, American psychiatric association, 1994.
- 14 Rosenhan D. On being sane in insane places. Science 1973, 179 : 250-258.
- 15 Kirk S., Kutchins H. Vous aimez le DSM. Le Plessis-Robinson, Les empêcheurs de penser en rond, 1998.
- 16 Wallston K.A., Wallston B.S., De Vellis R. Development of the multidimensional health locus of control scale. Health Education Monography, 1978 ; 6 : 160-170.
- 17 Olson D.H. Circumplex model VII : validation studies and FACES III. Family Process 1986 ; 25 : 337-351.
- 18 Alvin P. Editorial. Bulletin d'éducation du patient 2000 ; 19 : 102-105.
- 19 Alvin P., Courtecuisse V. Médecine des adolescents : croissance et perspectives. Archives Françaises de pédiatries 1991 ; 48 : 137-141.
- 20 Alvin P., Rey C. Compliance thérapeutique chez l'adolescent malade chronique. Archives Françaises de pédiatrie 1995 ; 2 : 874-882.
- 21 Piette D., Prevost M., Boutsen M., de Smet P., Leveque A., Barette M. Vers la santé des jeunes en l'an 2000 ?. Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique PROMES, 1997.
- 22 Declercq M., Vranckx A., Navarro F., Piette D, plate-forme bruxelloise de santé mentale. La santé mentale des jeunes en région bruxelloise. Université Libre de Bruxelles, Ecole de Santé Publique PROMES 1996.

- 23 Godin I., Levêque A., Berghmans L. Tableau de bord de la santé des jeunes. Observatoire de la Santé du Hainaut, Institut Provincial de Promotion de la santé, 1998.
- 24 De Boeve C. Les problèmes d'obésité à l'adolescence. *Journal du Médecin* 2001 ; 1329 : 46.
- 25 Resnick M.D., Bearman P.S., Blum R.W. Protecting adolescents from harm. *JAMA* 1997 ; 278 : 828-832.
- 26 Narring F., Tschumpera A., Michaud P.A. La santé des suisses : rapport d'une enquête national sur la santé et les styles de vie. Lausanne, Cahier de Recherche de Documentation 113a, Institut Universitaire de Médecine Sociale et préventive, 1994.
- 27 Cité par Bourguignon JP., Grignard S., Glowacz F., Walthéry C., Vandoorne C., Boden S. *Bulletin d'éducation du patient* 2000 ; 19 : 126-129. Choquet M., Ledoux S. Adolescents : enquête nationales. Paris, Edition INSERM, 1994.
- 28 Bourguignon JP., Grignard S., Glowacz F., Walthéry C., Vandoorne C., Boden S. La santé des jeunes. *Bulletin d'éducation du patient* 2000 ; 19 : 126-129.
- 29 Braunstein J.F., Bing F., Dagognet F., Lantéri-Laura G., Lascoums P., Macherey P., Major R., Péquignot H., Roudinesco E., Canguilhem G. Actualité de Georges Canguilhem : le normale et le pathologique. Pignarre Ph ed. Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998.
- 30 Kant E. Critique de la faculté de juger. Paris, Vrin, 1989.
- 31 Jaspers K. Psychopathologie générale. Paris, Alcan, 1933.
- 32 Cité par Malherbe J.F. *Elément pour une philosophie de la médecine*. Louvain la Neuve, CIACO, 1980. Fromm E. *Société aliénée et société saine*. Paris, Le courrier du livre, 1971.
- 33 Laing R. D. *Le moi divisé*. Paris, Stock, 1970.
- 34 Cooper D. *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Paris, Seuil, 1970.
- 35 Von Krafft-Ebing R. *Psychopathia sexualis*. Ré Ed Payot 1950. Paris, Pocket, 1999
- 36 Rosentiel K.S. Coping strategy questionnaire. *Pain* 1983; 17: 33-43.
- 37 Freud S. *Malaise dans la civilisation*. Paris, PUF 1971.
- 38 Levi -strauss Cl. *Les structures élémentaires de la parenté*. Paris, Mouton, 1949.
- 39 *Journée mondiale de la santé : santé pour tous, tout pour la santé*. Genève, OMS, 1988.
- 40 Selleslagh P. Le tiers-monde s'occidentalise. *Le Journal du médecin* 2000 ; 1248 :20.
- 41 Organisation Mondiale de la Santé. 9ième manuel de la classification international des maladies, traumatismes et décès - révisé. OMS, Genève, 1998.
- 42 Barrett J. DSM III in evolution. In *Diagnosis and classification in psychiatry : a critical appraisal of DSM III*. New York, Cambridge University Press, 1987.
- 43 Wakefield J.C. Disorder as harmful dysfunction : a conceptual critique of DSMIII-R's definition of mental disorder. *Psychological Review* 1992 ; 99: 232-247.
- 44 Wakefield J.C. The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist* 1992 ; 47 : 373-388.
- 45 *Encyclopédie Universalis*. CD-rom, ver 5. Paris, Encyclopaedia Universalis, 1995.

- 46 Carson R. C. Dilemmas in the pathways of the DSM IV. *Journal of Abnormal Psychology* 1991 ; 100 : 302-307.
- 47 Van Praag H., M. Make-believes in psychiatry or the perils of progress. New-York, Brunner-Merzel, 1993.
- 48 Rutter M., Shaffer D. DSM III : a step forward or back in terms of the classification of child psychiatry disorders ? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 1980 ; 19 : 371-394.
- 49 Cassiers L. Réflexions sur le codage des états psychiatriques. *Psychologie Médicale* 1976 ; 8 : 365-376.
- 50 Follin S. Vivre en délirant. Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de Tourner en Rond, 1992.
- 51 Tatossian A. Le problème du diagnostic dans la clinique psychiatrique. In *L'approche clinique en psychiatrie*, vol II. Pichot P., Rein W Eds. Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de Tourner en Rond, 1993.
- 52 Lipton A., Simon F. Psychiatric diagnosis in a state hospital. *Hospital and community Psychiatry* 1985 ; 36 : 368-373.
- 53 Skodol A., Williams J. B., Spitzer R. L. Identifying common errors in the use of DSM III through diagnostic supervision. *Hospital and Community Psychiatry* 1984 ; 35 : 251-255.
- 54 Spitzer R. L., Fleiss J.L. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *British Journal of Psychiatry* 1974 ; 174 : 341-347.
- 55 Grove W. M., Andreasen N.C., McDonald-Scott P., Keller M. B., Shapiro R.W. Reliability studies of psychiatric diagnosis : theory and practice. *Archives of General Psychiatry* 1981 ; 38 : 408-413.
- 56 Mellsop G., Varghese F., Joshua S., Hicks A. The reliability of axis II of DSM III. *American Journal of psychiatry* 1982 ; 139 : 1360-1361.
- 57 Liberman P., Baker F. The reliability of psychiatric diagnosis in the emergency room. *Hospital and community Psychiatry* 1985 ; 36 : 291-293.
- 58 Hanada K., Takahashi S. Mutiaxial-institutional collaborative studies of diagnosis reliability of DSM III. In R. Spitzer, J. Williams, A. Sokal eds. *International perspectives on DSM III*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1983.
- 59 Zdanowicz N. Le symptôme psychiatrique - une utilité ? *Psy for Bi*, 1990; 30: 12-14.
- 60 Pichot P., Werner R. *L'approche clinique en psychiatrie*. Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1992
- 61 Pichot P. Naissance et vicissitudes du concept de maladie mentale. *Acta psychiatrica belgica*, 1988 ; 206-221.
- 62 Hartmann L. Response to the presidential address : human value and biopsychosocial integration. *American Journal of Psychiatry* 1991 ; 148 :1130-1134.
- 63 Zdanowicz N., van Meerbeeck Ph. L'épilepsie. Retour à la psychiatrie ? *Information Psychiatrique* 1993; 69: 259-265.
- 64 Henry M. *Généalogie de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1985.

- 65 Schotte J. Scondy Avec Freud. Sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle. Bruxelles, De Boeck Université, 1990.
- 66 Jung C. G. Contribution à l'étude des types psychologiques. Archives de Psychologie 1913 ; 52 : 290-299.
- 67 Minkowski E. A la recherche de la norme en psychologie. Evolution psychiatrique 1938 ; 1 : 67-94.
- 68 Freud S. Des types libidinaux. In la vie sexuelle. Paris, PUF, 1969.
- 69 Segal H. Melanie Klein : le développement d'une pensée. Paris, PUF, 1979.
- 70 Freud A. Le normal et le pathologique chez l'enfant. Paris, Gallimard, 1968.
- 71 Anzieu D. L'auto-analyse. Paris, PUF, 1959.
- 72 Freud S. Abrégé de psychanalyse. Paris, PUF, 1951.
- 73 Diatkine R., Simon J. La psychanalyse précoce. Paris, PUF, 1972.
- 74 Marcelli D. Enfance et psychopathologie (6ième ed). Paris, Masson, 1999.
- 75 Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Paris, Dunod, 1974.
- 76 Deutsh H. Problèmes de l'adolescence. Paris, Payot, 1957.
- 77 Chiland C. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Bulletin de Psychologie 1965 ; 19 :1141-1144.
- 78 Pichot A. Eléments pour une théorie de la biologie. Paris, Maloine, 1980.
- 79 Meire Ph. La logique du vivant. Thèse d'agrégation de l'enseignement supérieure. Université Catholique de Louvain, faculté de médecine, 1994.
- 80 Winnicott D. W. La nature humaine. Paris, Gallimard, 1988.
- 81 Renders X. Le jeu de la demande. Bruxelles, De Boeck Université, 1991.
- 82 Marcelli D. Braconnier A. Psychopathologie de l'adolescent. Paris, Masson, 1988.
- 83 Mâle P. De l'enfant à l'adulte. Paris, Payot 1984.
- 84 Erikson E.H. Adolescence et crise. Paris, Flammarion, 1972.
- 85 Blos P. Les adolescents, essais de psychanalyse. Paris, Stock ,1967.
- 86 Freud A. Adolescence. Psychoanalytic study of child 1958 ; 13 : 255-278.
- 87 Gedance L., Ladame F.G., Snakkers J. La dépression chez l'adolescent. Revue française de psychanalyse 1977; 41 : 257-259.
- 88 Rousseau J., Israel P. Jalons pour une étude métapsychologique de l'adolescence. L'inconscient 1968 ; 6 : 105-115.
- 89 Kaplan L.J. Adolescence: the farwell to childhood. New-York, Simon and Schuster 1984.
- 90 Kestemberg E. L'identité et l'identification chez les adolescents. Psychiatrie de l'enfance 1962 ; 5 : 441-522.
- 91 Laufer M. Troubles psychiques chez les adolescents. Paris, Le Centurion, 1975.
- 92 Masterson J.F. The psychiatric dilemma of adolescence. Boston, Little Brown Co, 1967.
- 93 Zdanowicz N. Abord psychothérapeutique par le corps. Psychologie Médical, 1994; 42: 711-714.
- 94 Zdanowicz N. Psychopathologie de la peau. In Reynaert C and Demytenaere K, eds . Dépression et psychosomatique. Louvain, Garant, 1997 : 221-226.
- 95 Mead M. Mœurs et sexualité en Océanie. Paris, Plon, 1963.

- 96 Bariaud F., Rodriguez-Tomé H. Le sentiment de la valeur de soi à l'adolescence. L'orientation scolaire et professionnelle 1994 ; 23 : 271-290.
- 97 Ducan P.D., Ritter P.L., Dornbusch S.M., Gross R.T., Carlsmith J.M. The effects of pubertal timing on body image, school behavior, and deviance. Journal of youth and adolescence 1985 ; 14 : 227-235.
- 98 Alsaker F.D. Pubertal timing, overweight, and psychological adjustment. Journal of early adolescence 1992 ; 12 : 396-419.
- 99 Connolly L. Little mothers. Human behavior 1975 ; 11 : 17-23.
- 100 Rodriguez-Tomé H., Jackson S., Bariaud F. Regards actuels sur l'adolescence. Paris, PUF, 1997.
- 101 Zdanowicz N. Antidépresseur et sexualité : mythes ou réalités. Louvain médical 2000 ; 119 : 149-155.
- 102 Bardos A. L'éducation sexuelle et affective des adolescents. In Le mal d'être moi. van Meerbeeck Ph Ed. Bruxelles, De Boeck Université, 1988.
- 103 Becker D.F., Grilo C.M., Morey L.C., Walker M.L., Edell W.S., McGlashan T.H. Applicability of personality disorder criteria to adolescents : evaluation of internal consistency and criterion overlap. Journal of American association of child and adolescent psychiatry 1999 ; 38 : 200-209.
- 104 Angold A., Costello E.J., Farmer E.M.Z., Burns B.J., Erkanli A. Impaired but undiagnosed. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry 1999 ; 38 : 129-137.
- 105 Jensen P.S., Watanabe H.K. Sherlock Holmes and child psychopathology assessment approaches : the case of the false-positive. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry 1999 ; 38 : 138-145.
- 106 Cantwell D. P., Russell A.T., Mattison R., Will L. A comparison of DSM II and DSM III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders. Archives of general psychiatry 1979 ; 36 : 1208-1213.
- 107 Werry J. S., Methven R. J., Fitzpatrick J. The interrater reliability of DSM III in children. Journal of abnormal child psychology 1983 ; 11 : 341-354.
- 108 Rey J.M., Plapp J. M., Stewart G., Richards I., Bashir M. Reliability of the psychosocial axes of DSM III in an adolescent population. British journal of psychiatry 1987 ; 150 : 228-234.
- 109 Strober M., Green J., Carlson G. Reliability of psychiatric diagnosis in hospitalized adolescents. Archives of general psychiatry 1981 ; 38 : 141-145.
- 110 Jones E. Théorie et pratique de la psychanalyse. Paris, Payot, 1969.
- 111 Zdanowicz N., Reynaert Ch., Janne P. L'adolescence une impasse nosographique pour le psychiatre et le généraliste. Psychologie médicale 1995, 27: 71-74.
- 112 Hottat C. Parent d'adolescent, adulte en question. Mémoire de licence. Louvain la Neuve, Faculté de psychologie, 1996.
- 113 Zdanowicz N., Janne P., Reynaert Ch. Une prévention à la toxicomanie. Louvain Médical 2001 ; 120 : 97-93.

- 114 Mahy J.F. Le re-nom en guise d'introduction. In Le mal d'être moi. van Meerbeeck Ph. Ed. Bruxelles, De Boeck Université, 1988.
- 115 Sameroff A. et Chandler M. Reproductive risk and the continuum of care taking casualty. Review of child development 1975 ; 4 : 87-244.
- 116 Cahn R. L'adolescent dans la psychanalyse. Paris, PUF, 1998.
- 117 Tausk V. Œuvres psychanalytiques. Paris, Payot, 1975.
- 118 Zdanowicz N. Emotional and psychosomatic problems in sexually abused children. Bruxelles, Astra Fondation, 1998.
- 119 Brent D.A., Kolko D.J., Birmaher B., Baugher M., Bridge J. A clinical trial for adolescent depression : predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial. Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry 1999 ; 38 : 263-269.
- 120 Elkaïm M. Panorama des thérapies familiales. Paris, Le Seuil, 1995.
- 121 Madanes C. Stratégies en thérapie familiale. Paris, E.S.F., 1991.
- 122 Minuchin S. Familles en thérapies. Paris, Ed. Universitaires, 1974.
- 123 Neuburger R. Le mythe familial. Paris, E.S.F., 1997.
- 124 Rassial J.J. A propos du concept de parent. In Parents et adolescence. Miollan CI (Ed). Ramonville Saint-Agne, Erès, 1995.
- 125 Zdanowicz N. Prise en charge des adolescents. Bruxelles, SSMG, 2000.
- 126 Varga K. L'adolescent violent et sa famille : psychothérapie des liens de dépendance. Toulouse, Privat, 1992.
- 127 Gagnepain J. Du vouloir dire. Paris, Du Vouloir Dire, 1990.
- 128 Winnicott R.D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot, 1969.
- 129 Olson H.D. Tree-dimensional (3-D) circumplex model : theoretical and methodological advances. Minnesota, University of Minnesota 1991.
- 130 Wallston KA., Wallston BS., DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. Health Education Monography 1978; 6: 160-170.
- 131 Reynaert Ch., Janne P., Delire V., Pirard M., Randour Ph, Collard E., Installé E., Coche E, Cassiers L. From health locus of control to morphine control during patient-controlled analgesia. Psychotherapy and psychosomatics, 1995; 319: 1-8.
- 132 Wallston KA., Wallston BS. Who's responsible for your health? The construct of health locus of control. In Social psychology of health and illness. Sanders GS, Suls J, Ed. Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, 1982 : 65-89.
- 133 Levenson H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. Journal of consulting in clinical psychology 1973; 41: 397-404.
- 134 Levenson H. Activism and powerful others: Distinction within the concept of internal-external control. Journal of personality assessment 1974; 38: 377-383.
- 135 Cité par Reynaert Ch. Pour une approche psychosomatique. Entre santé et maladie : le sentiment d'auto-maîtrise. Thèse d'agrégation de l'enseignement supérieure. Université Catholique de

- Louvain, Faculté de médecine, 1995. Rotter J.B. Social learning and clinical psychology. New-York, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1954.
- 136 Phares E.J. Locus of Control in personality: The Case of Karl S. New-York, General Learning Press, 1976.
- 137 Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological monography 1966; 80: 1-28.
- 138 Rotter J.B. Some problems and misconceptions related to the construct of internal vs external control of reinforcement. Journal of consulting in clinical psychology 1975; 43: 56-67.
- 139 Lefcourt H.M. Locus of Control, current trends in Theory and research. Hillsdale (New Jersey), Lawrence Erlbaum Associates, 1976.
- 140 DeCharms R. Personal causation. New-York, Academic Press, 1968.
- 141 Analysé par Reynaert Ch. Pour une approche psychosomatique. Entre santé et maladie : le sentiment d'auto-maîtrise. Thèse d'agrégation de l'enseignement supérieure. Université Catholique de Louvain, Faculté de médecine, 1995.
- 142 Reynaert Ch. Pour une approche psychosomatique. Entre santé et maladie : le sentiment d'auto-maîtrise. Thèse d'agrégation de l'enseignement supérieure. Université Catholique de Louvain, Faculté de médecine, 1995.
- 143 Conner M., Norman P. Predicting Health behaviour. Buckingham-Philadelphia, Open University Press, 1999.
- 144 Pauwels A., Janne P., Reynaert Ch. De différents modèles de croyances envers la santé au vécu subjectif de contrôle vis à vis de la santé : une tentative d'approche intégrative. Journal de thérapie comportementale et cognitive 9 : 99-107, 1999.
- 145 Wallston K. A. & Wallston B. S. Who is responsible for your health ? The construct of health locus of control. In Social Psychology of health and illness. Sanders GS and Suls J Eds. Hillsdale (New Jersey), Erlbaum and Co, 1982 : 65-95.
- 146 Stanton W. R., Nada-Raja S. Langley J. Stability in the structure of health locus of control among adolescents. British journal of clinical psycholy 1995; 34: 279-287.
- 147 Nada-Raja S., McGee R. Williams S. Health beliefs among New Zealand adolescents. Journal of paediatrics and child health 1994; 30: 523-529.
- 148 Beavers W.R. Measuring family competences : the Beavers systeme model. In Normal Family Process. Walsch F Ed. New York, Guilford, 1993 : 73-101.
- 149 Reynaert Ch., Janne P., Fontaine P., Woerlinck K., Collin A., Cassiers L. Eléments pour une reconsidération circulaire du modèle circomplexe de Olson ou : comment la logique des contraire est aussi une logique des proximités. Thérapie familiale 1991 ;12 : 55-63.
- 150 Steiner E., Reiter L., Klimek S. Assessing change in the course of systemic family therapy with the circumplex model by D.H. Olson et al. In Progress in psychotherapy research. Louvain la Neuve, Presses universitaires de Louvain, 1987 : 358-370.

- 151 Reynaert Ch., Janne P., Zdanowicz N., Vause M., Vervier J.F. Description du système familial par ses membres : le sentiment d'autonomie. *Cahiers des sciences familiales et sexologiques* 1993, 17 : 95-111.
- 152 Garbarino J., Sebes J., Schellenbach C. Families at risk for destructive parent-child relations in adolescences. *Child development* 1985 ; 55 : 174-183.
- 153 Roddick J.D., Henggler S.W., Hanson C.L. An evaluation of family adaptability and cohesion evaluation scales (FACES) and the circumplex model. *Journal of abnormal child psychology* 1986 ; 14 : 77-87.
- 154 Benoit J.C. Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. ESF, Paris, 1988.
- 155 Smith S.G. Clinical utility of the FACES III. *Dissertation abstracts international : section B : The sciences and engineering* 1997 ; 57 : 7237.
- 156 Taylor J.W.V. Family structure and the coping strategies of gifted adolescents. *Dissertation abstracts international : section A : humanities and social sciences* 1996 :56 : 3515.
- 157 Vandeleur C.L., Preisig M., Fenton B.T., Ferrero F. Construct validity and internal reliability of a French version of FACES III in adolescents and adults. *Swiss journal of psychology* 1999 ; 58 : 161-169.
- 158 Reynaert Ch., Janne P., Vause M., Fontaine P. « Je », « nous », « vous », « eux » et « les autres ». Quelles articulations entre le sentiment d'auto-maîtrise et le vécu familial ? *Thérapie familiale* 1993 ; 14 : 169-182.
- 159 Fontaine P.J. Famille saine. *Thérapie familiale* 1985 ; 6 : 267-287.
- 160 Masselam V.S., Marcus R.F., Stunkard C.L. Parent adolescent communication, family functioning, and school performance. *Adolescence* 1990 ; 25 : 725-737.
- 161 Kluwin T.N., Gaustad M.G. The role of adaptability and communication in fostering cohesion in families with deaf adolescents. *American annals of the deaf* 1994 ; 139 : 329-335.
- 162 Mathis R.D., Yingling L.C. Discriminant function analysis of FACES III and family satisfaction questionnaires to predict outcome in divorce mediation. *American journal of family therapy* 1991 ; 19 : 367-377.
- 163 Youngblut J.M., Shiao S.Y. Child and family reactions during and after pediatric ICU hospitalization: a pilot study. *Heart-Lung* 1993 ; 22: 46-54.
- 164 King S., Dixon M.J. Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. *Schizophrenia research* 1995 ; 14: 121-132.
- 165 Mepherston M.A. Cohesion, conflict and adaptability within family dyads and their relations to eating disorders. *Dissertation abstracts international : section B : The sciences and engineering* 1996 ; 56 : 7050.
- 166 Coburn J., Ganong L. Bulimic and non-bulimic college females' perceptions of family adaptability and family cohesion. *Journal in advance in nursering* 1989 ; 14: 27-33.
- 167 Ellerman D. A., Strahan B.J. Family functioning and children's self esteem : a test of the structure relationships of the FACES III. *Journal of family studies* 1995 ; 1 : 48-57.

- 168 Kashani J.H., Allan W.D., Dahlmeier J.M., Rezvani M., Reid J.C. An examination of family functioning utilizing the circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. *Journal of affective disorders* 1995 ; 35: 65-73.
- 169 Lawler M.K., Volk R., Viviani N., Mengel M.B. Individual and family factors impacting diabetic control in the adolescent: a preliminary study. *Maternity and child nursing journal* 1990 ; 19: 331-45.
- 170 Lundholm J.K., Waters J.E. Dysfunctional family systems: relationships to disordered eating behaviors among university women. *Journal of substance abuse* 1991 ; 3: 97-106.
- 171 Michaels C.R., Lewandowski L.J. Psychological adjustment and family functioning of boys with learning disabilities. *Journal of learning disabilities* 1990 ; 23: 446-450.
- 172 Prange M.E., Greenbaum P.E., Silver S.E., Friedman R.M., Kutash K., Duchnowski A.J. Family functioning and psychopathology among adolescents with severe emotional disturbances. *Journal of abnormal child psychology* 1992 ; 20: 83-102.
- 173 Shields G., Clark R.D. Family correlates of delinquency : cohesion and adaptability. *Journal of sociology and social welfare* 1995 ; 22 : 93-106.
- 174 Tubiana R.N., Moret L., Czernichow P., Chwalow J. The association of poor adherence and acute metabolic disorders with low levels of cohesion and adaptability in families with diabetic children. *Acta paediatrica* 1998 ; 87: 741-746.
- 175 Vickers H.S. Young children at risk : differences in family functioning. *Journal of educational research* 1994 ; 87 : 262-270.
- 176 Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and Human decision* 1991 ; 50 : 179-211.
- 177 Bandura A. Self efficacy : toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 1977 ; 10 : 215-237.
- 178 Slenker S.E., Price J.E., O'Connell J.K. Health locus of control of joggers and nonexercisers. Perceptual and motor skills 1985 ; 61 : 323-328.
- 179 St Lawrence J.S. African-american adolescents' knowledge, health-related attitudes, sexual behaviour and contraceptive decision : implication for the prevention of adolescent HIV infection. *Journal of consulting and clinical psychology* 1993 ; 61 : 104-112.
- 180 Cummings M.K., Becker M.H., Maile M.C. Bringing model together : an empirical approach to combining variables used to explain health actions. *Journal of behavioral medicine* 1980 ; 3 : 123-145.
- 181 Whitehead M. The health divide. In *Inequalities in health divide*. Harmondsworth, Penguin, 1988 : 217-356.
- 182 Adler N., Matthews K. Health psychology : why do some people get sick and some stay well ? *Annual review of psychology* 1994 ; 45 : 229.
- 183 Streptoe A., Wardle J., Vinck J., Tuomisto M., Holte A., Wichstrom L. Personality and attitudes correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology and health* 1994 ; 9 : 331-343.

- 184 Chen M.L., Deng S.L., Chang H.K. A comparison of the health locus of control and perceived social support between cancer and AIDS patients. *Scandinavian journal of caring sciences* 2001 ;15: 92-98.
- 185 Fontaine K.R., McKenna L., Cheskin L.J. Support group membership and perceptions of control over health in HIV+ men. *Journal of clinical psychology* 1997 ; 53 : 249-252.
- 186 Dakof G.A., Tejeda M., Liddle H.A. Predictors of engagement in adolescent drug Abuse treatment. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry* 2001, 40, 274-282.
- 187 Amerikaner M., Monks G., Wolf P., Thomas S. Family interaction and invdidual psychological heath. *Journal of counseling and development* 1994 ; 72 : 614-620.
- 188 Dundas I. The FACES III and in a Norwegian sample. *Family Process* 1994 ; 33 : 191-202.
- 189 May K.M., Logan C.R. Family type and the accomplishment of developmental tasks among college student. *Journal of college student development* 1993 ; 34 : 397-400.
- 190 Nagao H. Factors that influence the ego developmental crisis state in adolescence. *Japanese journal of educational psychology* 1999 ; 47 : 141-149.
- 191 Reynaert Ch. Lieux de contrôle de l'agressivité dans les familles à transactions psychosomatiques. *Cahier des sciences familiales et sexologiques* 1991 ; 15 : 163-172.
- 192 Janne P., Reynaert Ch., de Coster P., Vause M., Cassiers L., Detry J.M., Kremer R. The spouse as a possible anginal warning system in silent myocardial ischemia. *European heart Journal* 1988 ; 9 : 21-24.
- 193 Janne P., du Mortier P., Mortreu B., Reynaert Ch ., Cassiers L. Matrimonio, ambiente familiare ed uclera duodenale cronica : dall'acidita familiare all'acidita gastrica. *Psicbiettivo* 1989 ; 1 : 65-80.
- 194 Chirita C., Tordeurs D., Janne P., Zdanowicz N., reynaert Ch., Roussaux J.P. La dimension familiale du processus suicidaire, une étude empirique. *Evolution psychiatrique* 2000 ; 65 : 719-726.
- 195 Fazio R.H. Multiple processes by wich attitudes guide behavior : the MODE model as an integrative framework. In *Advances in Experimental Social Psychology*, vol 23. Zanna M.P. Ed. San Diego, Academic Press, 1990 : 75-109.
- 196 Gollwitzer P.M. Goal achievement : the role of intentions. In *European Review of Social Psychology* vol 4. Stroebe W. and Hewstone M. Eds. Chichester, Wiley, 1993 : 141-185.
- 197 Wallston K.A. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus : Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive therapy and reasearch* 1992 ; 16 : 183-199.
- 198 Wallston K.A. The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health education research : theory and practice* 1991 ; 6 : 251-252.