

L'image de soi à l'adolescence et la santé à l'âge adulte

- Les filles ont tendance à avoir une moins bonne image de soi que les garçons.
- En 1994-1995, une image de soi négative était un prédicteur de dépression chez les filles, d'inactivité physique chez les garçons et d'obésité chez l'un et l'autre sexe.
- Une image de soi positive à l'adolescence avait un effet positif à long terme sur l'autoévaluation de l'état de santé chez les filles.

Résumé

Objectifs

Le présent article décrit les facteurs associés à l'image de soi à l'adolescence. Il décrit en outre les répercussions qu'a cette image sur la santé psychologique et physique ainsi que sur les comportements qui influent sur la santé au début de l'âge adulte.

Source des données

Les données proviennent des composantes transversale (1994-1995) et longitudinale (1994-1995 à 2000-2001) des ménages de l'Enquête nationale sur la santé de la population réalisée par Statistique Canada.

Techniques d'analyse

Les cotes obtenues pour les indicateurs de l'image de soi en 1994-1995 ont fait l'objet de comparaisons entre les deux sexes et les groupes d'âge (12 à 15 ans et 16 à 19 ans). Des analyses multivariées ont ensuite permis d'examiner les associations transversales et longitudinales entre l'image de soi à l'adolescence et la dépression, l'autoévaluation de l'état de santé, l'activité physique et l'obésité, en tenant compte de l'effet d'autres facteurs confusionnels éventuels.

Principaux résultats

L'image de soi est généralement négative chez les filles comparativement aux garçons. Sur le plan transversal, l'image de soi à l'adolescence était associée au revenu du ménage et au soutien émotionnel. Chez les filles et chez les jeunes adolescents des deux sexes, une image de soi négative en 1994-1995 était liée à l'incidence de la dépression au cours des six années suivantes; elle était également un prédicteur de l'inactivité physique chez les garçons et de l'obésité chez les deux sexes. Une image de soi positive avait un effet positif à long terme sur l'autoévaluation de l'état de santé chez les filles.

Mots-clés

Estime de soi, contrôle, autoévaluation de l'état de santé, comportements qui influent sur la santé, études transversales, études longitudinales.

Auteur

Jungwee Park (613-951-4598; Jungwee.Park@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Jungwee Park

L'adolescence, la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, est une période de changements au niveau du corps, de l'esprit et des relations sociales. À mesure qu'ils relèvent les défis de l'adolescence, les jeunes acquièrent une image de soi, c'est-à-dire qu'ils se font une idée de qui ils sont^{1,2}. L'estime de soi et le contrôle sont deux éléments importants de l'image de soi. L'estime de soi est l'estimation que fait la personne de sa propre valeur; le contrôle est la mesure dans laquelle une personne a le sentiment d'exercer un contrôle sur les aspects importants de sa vie³⁻⁵ (voir *Mesure de l'image de soi*).

De nombreuses études montrent que l'estime de soi et le contrôle atténuent les effets de divers facteurs de stress⁶⁻⁹. En outre, une image de soi positive a été associée aux soins de soi¹⁰⁻¹², à l'observation des conseils médicaux^{13,14} et à la participation aux activités.¹⁵ Ainsi, une image de soi positive à l'adolescence peut influencer non seulement sur la santé mentale, mais sur la santé physique.¹⁶

Mesure de l'image de soi

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) comprend des questions sur deux indicateurs de l'*image de soi* : l'estime de soi et le contrôle. L'estime de soi est une mesure globale du sentiment de valeur que s'accorde une personne^{5,17,18}, tandis que le contrôle correspond à la perception qu'a une personne de sa capacité de contrôler son environnement⁵. Puisque les deux indicateurs sont étroitement corrélés, la plupart des recherches n'ont utilisé qu'un des deux à la fois. Les personnes qui trouvent qu'elles exercent un contrôle sur leur vie et qu'elles ne sont pas à la merci des caprices d'autrui ont généralement une forte estime de soi¹⁹. Les questions sur le contrôle dans l'ENSP sont basées sur celles portant sur l'autoefficacité élaborées par Pearlin *et al.*⁵, qui ont un lien étroit avec l'estime de soi²⁰⁻²². Dans la présente analyse, le coefficient de corrélation de Pearson des deux mesures était 0,47 et elles ont semblé s'annuler l'une l'autre lorsqu'elles ont été entrées séparément dans le modèle. Pour résoudre ce problème et comprendre tout l'effet de l'estime de soi et du contrôle pris ensemble, l'estime de soi et le contrôle ont, pour les besoins de la présente analyse, été intégrés dans la variable unique de l'image de soi.

L'*estime de soi* a été mesurée en demandant aux participants à l'enquête de répondre à six énoncés sur une échelle à cinq points : tout à fait en désaccord (cote 0), en désaccord (1), ni d'accord, ni en désaccord (2), d'accord (3) ou tout à fait d'accord (4). Une cote élevée indique une plus forte estime de soi.

- Vous estimez que vous avez un certain nombre de qualités.
- Vous estimez qu'en tant que personne, vous valez autant que les autres.
- Vous pouvez faire les choses aussi bien que la plupart des personnes.
- Vous avez une attitude positive face à vous-même.
- Dans l'ensemble, vous êtes satisfait(e) de vous-même.
- Tout compte fait, vous avez tendance à vous considérer un(e) raté(e) (inversion de la cote).

La mesure du *contrôle* a été faite en demandant aux participants à l'enquête de répondre à sept énoncés sur une échelle à cinq points allant de tout à fait d'accord (cote 0) à tout à fait en désaccord (cote 4). Une cote élevée indique un plus grand contrôle.

- Vous avez peu de contrôle sur ce qui vous arrive.
- Vous ne pouvez vraiment rien faire pour résoudre certains de vos problèmes.
- Vous ne pouvez pas faire grand-chose pour changer bien des choses importantes dans votre vie.
- Vous vous sentez souvent impuissant(e) face aux problèmes de la vie.
- Vous trouvez parfois que vous vous faites malmener dans la vie.
- Ce que votre avenir renferme dépend surtout de vous-même (inversion de la cote).
- Vous pouvez réaliser à peu près tout ce que vous décidez de faire (inversion de la cote).

Comme la moyenne et les écarts-types des distributions des réponses aux six énoncés portant sur l'estime de soi et aux sept énoncés portant sur le contrôle variaient, des cotes normalisées ont été calculées, ou valeurs Z. L'image de soi a été mesurée en faisant la somme des 13 valeurs Z.

La plupart des recherches sur les répercussions que peut avoir sur la santé l'image de soi de l'adolescent sont fondées sur des données transversales et font donc abstraction des effets qui subsistent de l'image de soi de l'enfant²³. Les recherches longitudinales utilisant plusieurs mesures permettent de mieux cerner les répercussions éventuelles à long terme²⁴. Pourtant, ces analyses sont peu nombreuses^{25,26}. Par conséquent, malgré le nombre considérable d'ouvrages qui portent sur l'image de soi de l'adolescent, on sait relativement peu de choses sur ses répercussions à long terme, particulièrement sur la santé.

Le présent article porte principalement sur les associations entre l'image de soi à l'adolescence et la santé ainsi que les comportements qui influent sur la santé, soit la dépression, l'autoévaluation de l'état de santé, l'activité physique et l'obésité (voir *Résultats en matière de santé*). Des données provenant des quatre premiers cycles de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) permettent de suivre les participants à l'enquête qui étaient âgés de 12 à 19 ans en 1994-1995 jusqu'en 2000-2001, quand ils avaient entre 18 et 25 ans (voir *Définitions, Méthodes et Limites*).

Image de soi plus faible chez les filles

Selon les données de l'ENSP de 1994-1995 et conformément aux résultats d'autres recherches^{18,27-33}, l'image de soi des adolescentes a tendance à être moins bonne que celle des garçons (tableau 1). Les spécialistes ont attribué cette différence aux expériences différentes des garçons et des filles au début de l'adolescence, quand les enfants

Tableau 1

Cotes obtenues pour l'estime de soi, le contrôle et l'image de soi, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 12 à 19 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Total	Garçons	Filles	12 à 15 ans	16 à 19 ans
	Cote moyenne				
Estime de soi	19,35	19,69	19,00 [†]	19,33	19,38
Contrôle	19,40	19,69	19,11 [†]	18,98	19,71 [‡]
Image de soi [§]	0,00	0,02	-0,02 [†]	-0,01	0,01

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier Santé, 1994-1995

Nota : Fondé sur un échantillon de 1 684 jeunes (833 adolescents et 851 adolescentes; 750 jeunes de 12 à 15 ans et 934 jeunes de 16 à 19 ans). [†] Valeur significativement différente de celle observée pour les garçons ($p < 0,05$).

[‡] Valeur significativement différente de celle observée par le groupe des 12 à 15 ans ($p < 0,05$).

[§] Somme des valeurs Z des mesures de l'estime de soi et du contrôle. Étant donné qu'on utilise des valeurs Z, on s'attend à une moyenne nulle et la distribution est normale.

Définitions

Deux groupes d'âge en 1994-1995 ont été retenus aux fins de la présente analyse, soit celui des 12 à 15 ans et celui des 16 à 19 ans. Pour les régressions multiples, l'âge a été considéré comme une variable continue.

Le revenu du ménage a été calculé selon le nombre de personnes qui composent le ménage et le revenu total de toutes sources du ménage au cours des 12 mois ayant précédé l'entrevue de 1994-1995 :

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4 5 ou plus	Moins de 10 000 \$ Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	10 000 \$ à 14 999 \$ 10 000 \$ à 19 999 \$ 15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$ 20 000 \$ à 39 999 \$ 30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2 3 ou 4 5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$ 40 000 \$ à 79 999 \$ 60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2 3 ou plus	60 000 \$ et plus 80 000 \$ et plus

Pour les modèles de régression multivariée, le revenu du ménage a été regroupé en trois catégories, soit inférieur/moyen-inférieur, moyen, et moyen-supérieur/supérieur.

Les modalités de logement en 1994-1995 ont été classées selon que l'adolescent habitait avec l'un des parents, avec les deux parents, ou « autre ».

Quatre questions appelant des réponses « oui/non » ont servi à mesurer le soutien émotionnel en 1994-1995 : Avez-vous quelqu'un...

- à qui vous pouvez parler de vos sentiments ou préoccupations intimes?
- sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?
- sur qui vous pouvez vraiment compter pour des conseils lorsque vous devez prendre des décisions personnelles importantes?
- qui vous donne le sentiment d'être aimé(e) et choyé(e)?

Les réponses affirmatives ont été additionnées (fourchette de 0 à 4), les cotes plus élevées indiquant un niveau plus élevé perçu de soutien émotionnel.

commencent à se conformer au rôle stéréotypé assigné à chacun des sexes³⁴.

Au milieu de l'enfance, les deux sexes semblent être également satisfaits de leur apparence.

Cependant, les changements physiques qui surviennent durant la puberté sont généralement plus négatifs pour les filles. Chez les garçons, les changements physiques qui surviennent à la puberté sont généralement considérés comme positifs. Chez les filles, toutefois, la puberté entraîne l'apparition de la première menstruation et des symptômes qui y sont associés, comme l'augmentation de l'adiposité et, peut-être, l'insatisfaction face à leur image corporelle³⁵⁻³⁸. Certaines études ont révélé que les filles ont tendance à se trouver moins attrayantes à mesure qu'elles passent d'une année scolaire à l'autre, tandis qu'il n'en était rien chez les garçons³⁹.

Mieux dans leur peau en grandissant?

Des recherches antérieures montrent que l'image de soi a tendance à s'améliorer durant l'adolescence⁴⁰⁻⁴⁴. Selon l'ENSP de 1994-1995, les adolescents âgés de 16 à 19 ans avaient un plus fort sentiment de contrôle que ceux âgés de 12 à 15 ans. Cette différence tient peut-être aux importants changements physiologiques et sociaux qui surviennent au début de l'adolescence. Sur le plan physiologique, ces changements comprennent la production accélérée d'hormones, les poussées de croissance et la mue de la voix, pour ne nommer que ceux-là. Sur le plan social, le début de l'adolescence coïncide avec la transition de l'école élémentaire à l'école secondaire de premier cycle ou à l'école intermédiaire, ce qui présente de nouveaux défis et exige un gros effort d'adaptation⁴⁵. Ces changements, particulièrement lorsqu'ils se produisent à 12 et 13 ans, peuvent perturber davantage l'image de soi que ceux qui surviennent à n'importe quel autre stade du cycle de vie^{37,46}.

Toutefois, selon l'ENSP de 1994-1995, la tendance générale voulant que l'image de soi soit plus positive au fur et à mesure de l'avancement en âge à l'adolescence n'a été observée que chez les garçons (tableau 2). Chez les filles, l'âge croissant n'avait pas d'effet significatif sur l'image de soi, peut-être en raison des problèmes d'image corporelle avec lesquels les filles peuvent se trouver aux prises durant cette étape de leur vie.

Revenu, modalités de logement et soutien émotionnel

Il existe un lien entre le revenu du ménage et l'image de soi à l'adolescence, surtout entre 16 et 19 ans. Diverses théories de la classe sociale et de l'estime de soi peuvent contribuer à expliquer cette constatation^{40,47}. À un âge plus jeune, la classe sociale est attribuée et constitue, de ce fait, un faible déterminant de l'estime de soi. Chez les adolescents plus âgés, la classe sociale a plus de conséquence

Résultats en matière de santé

Pour déterminer si une personne a vécu un *épisode dépressif majeur* (EDM), le questionnaire de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) comprend, conformément à la méthode proposée par Kessler *et al.*⁴⁸, un sous ensemble de questions du Composite International Diagnostic Interview. Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif qui sont énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III R)*⁴⁹.

Les numéros de question (Q) indiqués ici correspondent à ceux qui figurent dans la section sur la santé mentale du questionnaire de l'ENSP. Trois cheminements différents sont possibles : « oui » à la question 2, et questions 3 à 13; « non » à la question 2, « oui » à la question 16, et questions 17 à 26; « non » à la question 2 et « non » à la question 16.

- Q2 Au cours des 12 derniers mois, vous êtes vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e) pour une période de deux semaines consécutives ou plus? (oui - passer à 3; non - passer à 16)
- Q16 Au cours des 12 derniers mois, vous est il arrivé pendant une période de deux semaines ou plus de perdre intérêt pour la plupart des choses que vous aimiez faire ou auxquelles vous preniez généralement plaisir, comme le travail, un passe temps ou toute autre chose? (oui - passer à 17; non - fin)

Pour les quelques questions suivantes, passez à la période de deux semaines au cours des 12 derniers mois pendant lesquels :

- Q3 Ces sentiments étaient les plus forts.
- Q17 Vous avez perdu tout intérêt. Pendant cette période, combien de temps cette perte d'intérêt durait elle généralement? (toute la journée; presque toute la journée; environ la moitié de la journée; moins de la moitié de la journée)
- Q4 ou Q18 Combien de fois avez vous éprouvé ces sentiments pendant ces deux semaines? (tous les jours; presque tous les jours; moins souvent)
- Q5 Pendant ces deux semaines, avez vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure? (oui/non)
- Q6 ou Q19 Éprouviez toujours de la fatigue ou un manque d'énergie? (oui/non)
- Q7 ou Q20 Avez vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids? (pris du poids; perdu du poids; gardé le même poids; suivi un régime)
- Q8 ou Q21 Combien de livres ou de kilogrammes avez vous pris ou perdus?
- Q9 ou Q22 Avez vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil? (oui/non)
- Q10 ou Q23 Combien de fois cela s'est il produit? (chaque nuit; presque chaque nuit; moins souvent)
- Q11 ou Q24 Avez vous beaucoup plus de difficulté à vous concentrer que d'habitude? (oui/non)
- Q12 ou Q25 Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez vous éprouvé ces sentiments? (oui/non)
- Q13 ou Q26 Avez vous beaucoup songé à la mort, soit à la vôtre, soit à celle d'une autre personne ou à la mort en général? (oui/non)

Une cote de 1 est attribuée à toute réponse « oui » aux questions à réponse « oui/non ». Pour les questions 8 et 21, une cote de 1 est attribuée si la variation de poids est d'au moins 10 livres (4,5 kilogrammes). Pour les questions 10 et 23, une cote de 1 est attribuée aux personnes qui déclarent avoir de la difficulté à s'endormir chaque nuit ou presque chaque nuit. Pour celles qui répondent « oui » à la question 2 et dont les symptômes duraient toute la journée ou presque toute la journée et se manifestaient chaque jour ou presque chaque jour, la cote maximale possible est 8. Pour celles qui répondent « oui » à la question 16 et dont les symptômes duraient toute la journée ou presque toute la journée et se manifestaient chaque jour ou presque chaque jour, la cote maximale possible est 7. Une cote nulle est attribuée aux personnes qui répondent « non » aux questions 2 et 16⁵⁰.

Pour chaque personne, les cotes ainsi obtenues sont totalisées et le résultat est transformé en une probabilité estimative de diagnostic d'EDM. Pour les besoins de la présente analyse, une personne est considérée comme ayant vécu un EDM au cours des 12 mois précédents si l'estimation est égale ou supérieure à 0,9 (autrement dit, si la probabilité de poser le diagnostic d'EDM est égale à 90 %). On classe dans la catégorie ayant vécu un nouvel EDM les personnes qui obtiennent une cote indicative d'un épisode dépressif avant l'entrevue de 1996-1997, de 1998-1999 et (ou) de 2000-2001, mais non pour les 12 mois qui ont précédé l'entrevue de 1994-1995.

L'*autoévaluation de l'état de santé* reflète l'évaluation globale que donne une personne de son état de santé général. La question qui suit a été posée aux participants à l'enquête : « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? » Pour les besoins de l'analyse, l'autoévaluation de l'état de santé a été considérée comme une variable continue, les cotes allant de mauvaise (1) à excellente (5).

L'*activité physique* est déterminée d'après la dépense d'énergie (DE) totale cumulative durant les loisirs. Le calcul de la DE se fonde sur la fréquence et la durée déclarées de toutes les activités physiques auxquelles une personne s'est adonnée durant ses loisirs au cours des trois mois qui ont précédé l'entrevue, ainsi que sur la demande d'énergie métabolique (valeur MET) établie de façon indépendante pour chaque activité^{51,52}.

$$DE = \sum (N_i \cdot D_i \cdot MET_i / 365 \text{ jours}), \text{ où}$$

N_i = nombre de fois qu'a été entreprise l'activité i en une année,

D_i = durée moyenne, en heures, de l'activité i , et

MET = valeur constante que représente la dépense d'énergie métabolique causée par l'activité i .

Pour chaque participant à l'enquête, la DE quotidienne est égale à la somme des dépenses d'énergie calculées pour toutes les activités de loisirs, exprimée en nombre total de kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par jour (KK/J). Une DE égale ou supérieure à 3 KKJ a été considérée comme étant forte, une DE de 1,5 à 2,9 KKJ, comme étant modérée, et une DE inférieure à 1,5 KKJ, comme étant faible.⁵¹ On a considéré comme étant physiquement actives les personnes dont la DE était forte ou moyenne et comme étant inactives, celles dont la DE était faible.

L'indice de masse corporelle, ou IMC, se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Les participants à l'enquête ont été classés comme étant *obèses* (IMC égal ou supérieur à 30) ou *non obèses* (IMC inférieur à 30). Les femmes enceintes ont été exclues des calculs. Les seuils selon l'âge et le sexe établis par Cole *et al.*⁵³ ont été utilisés pour déterminer si l'adolescent était obèse en 1994 1995 :

Obèse correspond à un IMC égal ou supérieur à :

Âge (années)	Garçons	Filles
12,0	26,02	26,67
12,5	26,43	27,24
13,0	26,84	27,76
13,5	27,25	28,20
14,0	27,63	28,57
14,5	27,98	28,87
15,0	28,30	29,11
15,5	28,60	29,29
16,0	28,88	29,43
16,5	29,14	29,56
17,0	29,41	29,69
17,5	29,70	29,84
18 et plus	30,00	30,00

On a choisi comme valeur de l'âge le point milieu de l'année (par exemple, 13,5 pour les adolescents âgés de 13 ans). Selon ces seuils, une fille de 13 ans mesurant 160 cm (5 pieds 3 pouces) serait considérée obèse si elle pesait au moins 72,2 kg (161 livres).

Tableau 2

Coefficients de régression exprimant la relation entre certaines caractéristiques et l'image de soi, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 12 à 19 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Total			Garçons			Filles			12 à 15 ans			16 à 19 ans		
	B	se	beta	B	se	beta	B	se	beta	B	se	beta	B	se	beta
Âge	0,01*	0,003	0,08*	0,01*	0,004	0,10*	0,00	0,004	0,04	...	...	...	...	...	...
Femmes	-0,05*	0,013	-0,13*	...	...	...	...	...	...	-0,04*	0,018	-0,12*	-0,05*	0,017	-0,15*
Revenu du ménage															
Inférieur/moyen-inférieur	-0,06*	0,023	-0,14*	-0,07*	0,021	-0,16*	-0,05	0,043	-0,11	-0,05*	0,022	-0,09*	-0,07*	0,033	-0,16*
Moyen	-0,03*	0,011	-0,07*	-0,01	0,016	-0,03	-0,04*	0,020	-0,11*	-0,01	0,018	-0,04	-0,03*	0,014	-0,09*
Moyen-supérieur/supérieur†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Modalités de logement															
Habite avec l'un des parents	0,00	0,016	0,01	0,01	0,019	0,02	-0,01	0,030	-0,01	0,01	0,022	0,03	-0,01	0,023	-0,01
Autre	0,00	0,020	0,00	-0,03	0,025	-0,05	0,02	0,029	0,05	0,01	0,031	0,02	0,00	0,026	0,00
Habite avec les deux parents†	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soutien émotionnel	0,08*	0,015	0,23*	0,06*	0,014	0,20*	0,10*	0,026	0,27*	0,07*	0,021	0,20*	0,08*	0,022	0,25*
Coordonnée à l'origine	-0,36			-0,31			-0,44			-0,23			-0,25		
Données du modèle															
R ²	0,09			0,08			0,10			0,07			0,11		
R ² corrigé	0,09			0,07			0,09			0,05			0,10		
Degrés de liberté	9			8			8			8			8		
	1,500			734			758			575			917		
Cas éliminés à cause de valeurs manquantes	174			90			84			166			8		

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier Santé, 1994-1995

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage et les modalités de logement afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre l'incidence d'un épisode dépressif majeur entre 1994-1995 et 2000-2001 et certaines caractéristiques présentes en 1994-1995, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 12 à 19 ans n'ayant pas éprouvé de symptômes dépressifs en 1994-1995, Canada, territoires non compris

Caractéristiques, 1994-1995	Total		Garçons		Filles		12 à 15 ans		16 à 19 ans	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Âge	1,02	0,91-1,15	1,01	0,85-1,21	1,03	0,87-1,22	...	...	...	...
Femmes	2,20*	1,28-3,79	...	...	...	...	2,65*	1,12-6,23	2,40*	1,13-5,14
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	1,36	0,65-2,81	1,28	0,36-4,48	1,41	0,61-3,25	2,82*	1,04-7,64	0,90	0,33-2,43
Moyen	0,85	0,44-1,64	1,10	0,36-3,40	0,79	0,37-1,71	0,39	0,13-1,18	1,36	0,58-3,20
Moyen-supérieur/supérieur†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Soutien émotionnel	0,93	0,60-1,45	1,51	0,69-3,27	0,65	0,35-1,19	0,91	0,55-1,51	1,03	0,52-2,05
Image de soi	0,12*	0,02-0,74	0,21	0,01-2,90	0,08*	0,01-0,83	0,02*	0,00-0,28	0,41	0,03-5,58
Données du modèle										
Taille de l'échantillon	890		424		466		375		515	
Échantillon de jeunes éprouvant des symptômes dépressifs	118		37		81		52		66	
Cas éliminés à cause de valeurs manquantes	122		61		61		121		1	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier Santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Méthodologie

Source des données

L'article se fonde sur des données provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) réalisée par Statistique Canada, pondérées de sorte qu'elles soient représentatives de la population des 10 provinces. Lancée en 1994-1995, l'ENSP est une enquête bisannuelle qui couvre la population à domicile et les personnes qui résident en établissement de santé dans les provinces et les territoires, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. La présente analyse porte uniquement sur la population à domicile. L'ENSP comprend une composante transversale et une composante longitudinale.

Échantillon transversal

L'échantillon transversal de 1994-1995 (premier cycle) comprend les membres du panel longitudinal et leurs cohabitants, ainsi que les personnes sélectionnées dans les échantillons supplémentaires (acquisition d'unités d'échantillonnage supplémentaires) demandés par certaines provinces. L'échantillon de la population à domicile des 10 provinces de 1994-1995 comprenait 27 263 ménages dont 88,7 % ont accepté de participer à l'enquête. Après l'application d'un tri de sélection pour s'assurer que l'échantillon soit représentatif⁶², 20 725 ménages faisaient encore partie du champ de l'enquête. Dans 18 342 de ces ménages, la personne sélectionnée pour faire partie de l'échantillon longitudinal avait 12 ans et plus. De ces 18 342 personnes, 17 626 ont répondu aux questions détaillées sur la santé, ce qui représente un taux de réponse de 96,1 %.

Les données sont classées dans deux fichiers. Le Fichier général contient des renseignements généraux sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la santé de tous les membres des ménages participants. Le Fichier santé contient les renseignements détaillés sur la santé recueillis, dans chaque ménage participant, auprès de la personne sélectionnée pour faire partie de l'échantillon longitudinal, ainsi que les données du Fichier général sur ces personnes. Étant donné le caractère détaillé des données du Fichier santé, les renseignements ont dû être recueillis auprès de la personne sélectionnée; la réponse par procuration n'a été acceptée que dans des circonstances spéciales (par exemple, un problème de santé empêchant la personne sélectionnée de fournir l'information). En 1994-1995, dans chaque ménage sélectionné, une personne bien informée a été invitée à fournir, pour chaque membre du ménage, des renseignements généraux pour le Fichier général. En outre, dans chacun de ces ménages, une personne, qui n'était pas nécessairement la personne bien informée susmentionnée, a été choisie au hasard pour fournir des renseignements détaillés sur sa santé pour le Fichier santé. En 1994-1995, la majorité des entrevues ont été réalisées sur place.

Échantillon longitudinal

Des 17 626 personnes sélectionnées au hasard en 1994-1995, 14 786 satisfaisaient aux critères d'admissibilité au panel longitudinal de l'ENSP, de même que 468 personnes auprès desquelles seuls des renseignements généraux ont été recueillis. En outre, 2 022

personnes des 2 383 personnes de moins de 12 ans sélectionnées au hasard satisfaisaient aussi aux critères d'admissibilité. Donc, l'échantillon longitudinal comprend les 17 276 personnes sélectionnées lors du premier cycle et ayant répondu au moins à la composante générale du questionnaire. Les taux de réponse étaient de 93,6 % au premier cycle, de 92,8 % au deuxième, de 88,9 % au troisième et de 84,8 % au quatrième. Les trois premiers cycles comportaient une composante transversale et une composante longitudinale, mais, à partir de 2000-2001 (quatrième cycle), l'ENSP est devenue une enquête strictement longitudinale. En 2000-2001, seul un questionnaire a été utilisé. Des renseignements plus détaillés sur le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP figurent dans des rapports déjà publiés au sujet de l'enquête^{54,55}.

L'échantillon transversal visé par la présente étude comprend 1 684 personnes (833 garçons et 851 filles) âgés de 12 à 19 ans en 1994-1995 (tableau A en annexe). Les participants à l'enquête dont les réponses au questionnaire détaillé sur la santé ont été recueillies par procuration ont été exclus de l'analyse, car l'information sur l'image de soi et certaines autres variables n'était pas disponible. Les analyses longitudinales portent sur 1 089 participants à l'enquête âgés de 12 à 19 ans en 1994-1995 pour lesquels on disposait de données complètes pour les quatre cycles, soit 511 garçons et 578 filles (tableau A en annexe).

Techniques d'analyse

Le fichier transversal de l'ENSP de 1994-1995 a été utilisé pour déterminer les niveaux d'estime de soi et de contrôle, ainsi que la qualité de l'image de soi chez les jeunes de 12 à 19 ans, selon le sexe et le groupe d'âge. Ce même fichier a aussi servi à examiner les associations entre l'image de soi et le revenu du ménage, les modalités de logement et le soutien émotionnel.

Le fichier longitudinal a été utilisé pour examiner l'incidence sur six ans de la dépression et l'évolution de l'autoévaluation de l'état de santé, de l'activité physique et de l'obésité de 1994-1995 à 2000-2001 en fonction de la cote d'image de soi en 1994-1995, selon le sexe et le groupe d'âge. Des modèles de régression logistique multiple ont été construits pour les variables dépendantes dichotomiques (dépression, inactivité physique et obésité) et des modèles de régression linéaire multiple l'ont été pour les variables dépendantes continues (autoévaluation de l'état de santé). D'après les données déjà publiées, on a sélectionné certains facteurs considérés comme des médiateurs éventuels de la relation entre l'image de soi et la santé, à savoir le revenu du ménage et le soutien émotionnel, en vue de les inclure dans ces modèles.

Dans les modèles de régression, des mesures continues ont été utilisées pour les variables d'image de soi, de niveau perçu de soutien émotionnel et d'état de santé. D'autres études donnent à penser que le regroupement de ces constructs en variables dichotomiques réduit la sensibilité de ces mesures^{56,57}.

Pour tenir compte des effets de plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés par la méthode du *bootstrap*⁵⁸⁻⁶⁰. Le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Tableau 4

Coefficients de régression exprimant la relation entre l'autoévaluation de l'état de santé en 2000-2001 et certaines caractéristiques présentes en 1994-1995, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 12 à 19 ans en 1994-1995, Canada, territoires non compris

Caractéristiques, 1994-1995	Total			Garçons			Filles			12 à 15 ans			16 à 19 ans		
	B	se	beta	B	se	beta	B	se	beta	B	se	beta	B	se	beta
Âge	0,04*	0,018	0,10*	0,04*	0,025	0,11*	0,04	0,025	0,09	...	...	...	...	...	...
Femmes	-0,14*	0,065	-0,09*	...	...	...	...	...	...	-0,12	0,091	-0,07	-0,14	0,092	-0,09
Revenu du ménage															
Inférieur/moyen-inférieur	-0,15	0,094	-0,07	-0,28*	0,134	-0,13*	0,03	0,130	0,02	-0,11	0,160	-0,04	-0,13	0,118	-0,06
Moyen	-0,06	0,071	-0,03	-0,17	0,106	-0,09	0,05	0,102	0,03	-0,16	0,114	-0,09	0,01	0,095	0,01
Moyen-supérieur/supérieur	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Soutien émotionnel	0,17*	0,051	0,11*	0,14*	0,070	0,10*	0,21*	0,074	0,12*	0,23*	0,076	0,14*	0,14	0,076	0,09
Autoévaluation de l'état de santé	0,28*	0,045	0,28*	0,33*	0,068	0,32*	0,22*	0,054	0,23*	0,28*	0,066	0,29*	0,29*	0,062	0,29*
Image de soi	0,49*	0,244	0,08*	0,24	0,367	0,04	0,80*	0,317	0,14*	0,62	0,378	0,10	0,42	0,326	0,07
Coordonnée à l'origine	1,58			1,52			1,50			1,93			2,36		
Données du modèle															
R ²	0,16			0,17			0,14			0,16			0,14		
R ² corrigé	0,15			0,16			0,13			0,15			0,13		
Degrés de liberté	8			7			7			7			7		
Cas éliminés à cause de valeurs manquantes	950			438			505			385			558		

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier Santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les coefficients ne sont pas présentés.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Limites

Comme l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est une enquête générale sur la santé, les renseignements sur les facteurs associés à l'image de soi sont limités. Les seules variables environnementales pour lesquelles des données sont disponibles sont les modalités de logement et le revenu du ménage; des facteurs comme le sentiment d'appartenance à la collectivité, le soutien familial et parental et l'influence exercée par les pairs, qui, selon des études antérieures, ont un effet significatif sur l'estime de soi et le sentiment de contrôle⁶¹, n'ont pu être examinés. De même, l'ENSP ne fournit pas de renseignements sur les caractéristiques individuelles en rapport avec l'image de soi de l'adolescent, comme le rendement scolaire, la popularité et les aptitudes athlétiques⁶².

Lors de l'examen des résultats longitudinaux, la stabilité de l'image de soi au fil du temps pourrait être une notion plus importante que sa qualité. Ainsi, une détérioration de l'image de soi pourrait être un fait plus important qu'une image de soi systématiquement médiocre. Cependant, les questions sur l'estime de soi et le sentiment de contrôle n'ont pas été posées lors des deuxième et troisième cycles de l'ENSP (les données sur l'image de soi sont disponibles uniquement pour 1994-1995 et 2000-2001). Donc, il a été impossible de construire un modèle longitudinal de la stabilité de l'image de soi.

Les données de l'ENSP présentent les problèmes inhérents à l'autodéclaration. Par exemple, des erreurs de remémoration peuvent avoir un effet sur des variables comme la dépression et l'activité physique. Un biais de réponse pourrait aussi expliquer en partie les différences importantes entre les garçons et les filles en ce qui concerne l'image de soi, parce que les filles ont tendance à être plus modestes que les garçons lorsqu'elles décrivent leurs qualités positives³³. Les données autodéclarées ont tendance à sous estimer la prévalence de l'embonpoint et de l'obésité^{63,64}, mais on ne dispose d'aucune mesure indépendante de la taille et du poids pour le calcul de l'indice de masse corporelle.

Une mesure de la dépense énergétique totale plutôt que de celle ayant trait aux activités durant les loisirs serait plus utile, puisque certaines personnes (surtout les hommes) pourraient dépenser une quantité considérable d'énergie durant d'autres activités que les loisirs (au travail, par exemple).

Étant donné la petite taille de l'échantillon, certaines questions n'ont pu être analysées pleinement, si bien qu'on n'a peut-être pas observé certains résultats statistiquement significatifs qui se seraient dégagés de l'analyse portant sur un plus grand échantillon.

pour l'image de soi, car elle est associée à un statut acquis plus significatif.

D'après nombre d'études antérieures, la famille joue un rôle d'importance capitale dans le développement de l'image de soi^{61,65-71}. Toutefois, la seule variable de la « famille » qu'offre l'ENSP était celle des modalités de logement (habite avec l'un des parents, les deux ou ni l'un ni l'autre) et elle n'était pas associée à l'image de soi de l'adolescent. Aucune donnée n'a été recueillie sur d'autres facteurs pouvant influencer sur l'image de soi à l'adolescence, comme le mode d'éducation adopté par les parents (autoritaire, négligeant ou indulgent, par exemple), les liens affectifs et le fonctionnement de la famille.

Néanmoins, des données de l'ENSP sur le soutien émotionnel, fourni en grande partie par les membres de la famille, sont disponibles. D'ailleurs, chez tous les adolescents, garçons ou filles, plus jeunes ou plus âgés, on observe une association positive entre l'image de soi et le niveau perçu de soutien émotionnel.

Risque de dépression chez les filles

Une bonne image de soi peut aider l'adolescent à faire face aux défis quotidiens qui se posent durant ces années difficiles. Cependant, et c'est tout aussi important, la force de l'image de soi de l'adolescent durant cette période peut avoir des répercussions à long terme.

Certaines études ont révélé que l'image de soi représente un facteur de protection contre le stress⁶⁻⁹. Selon les chercheurs, les personnes qui ont une image de soi positive peuvent avoir des stratégies d'adaptation qui sont davantage axées sur les problèmes et moins sur les émotions que les stratégies employées par les personnes qui ont une image de soi négative⁷². Ainsi, la personne qui a une bonne image de soi peut éviter la dépression liée au stress, tandis qu'une faible image de soi augmente la probabilité d'être déprimé^{5,73-76}.

Selon les résultats de l'analyse des données longitudinales de l'ENSP, une faible image de soi est un prédicteur de dépression chez les filles (tableau 3). Celles qui avaient une image de soi négative, mais qui n'avaient pas déclaré de symptômes de dépression en 1994-1995, étaient plus susceptibles de vivre un épisode dépressif à un moment donné au cours des six années suivantes que celles qui avaient une image de soi plus positive. Par contre, l'image de soi des garçons en 1994-1995 n'était pas liée significativement à la dépression durant cette période.

Autoévaluation de l'état de santé chez les filles

Selon certains travaux, l'autoévaluation de l'état de santé s'est révélée être une mesure fiable et valide de l'état de santé et un bon prédicteur de la morbidité et de la mortalité⁷⁷⁻⁷⁹. En 1994-1995, l'autoévaluation de l'état de santé chez les adolescents, peu importe le sexe et le groupe d'âge, était le plus puissant prédicteur de l'autoévaluation de l'état de santé chez eux six ans plus tard, en 2000-2001. Toutefois, même lorsque l'autoévaluation de l'état de santé en 1994-1995 a été prise en compte, pour les filles, une bonne image de soi à ce moment-là avait un effet positif sur l'autoévaluation de l'état de santé en 2000-2001 (tableau 4). Dans le cas des garçons, par contre, aucun lien significatif n'a été constaté entre l'image de soi en 1994-1995 et l'autoévaluation de l'état de santé six ans plus tard.

Dans le cas de l'un et l'autre sexe, toutefois, le soutien émotionnel en 1994-1995 a eu un effet positif sur l'autoévaluation de l'état de santé en 2000-2001. Manifestement, les ressources psychologiques internes (image de soi) et externes (soutien émotionnel) durant l'adolescence peuvent avoir des répercussions sur l'autoévaluation de l'état de santé dans l'avenir.

Inactivité et obésité

Il existe généralement une relation entre une bonne image de soi et l'activité physique^{15,80,81}, bien que la direction de la relation ne soit pas claire. Selon certaines recherches antérieures, une bonne image de soi pourrait être un résultat de l'activité physique⁸²⁻⁸⁴. Ou bien, une image de soi positive peut fournir la motivation nécessaire à l'activité physique.

Selon les résultats de cette analyse, pour les garçons, une bonne image de soi n'est pas seulement le résultat de l'activité physique, mais un prédicteur d'activité physique dans l'avenir. Chez les garçons qui étaient au moins modérément actifs en 1994-1995, une forte image de soi fait baisser de façon significative la cote exprimant leur possibilité d'être inactifs en 2000-2001 (tableau 5).

Les personnes qui ont une image de soi positive sont plus susceptibles d'être actives et elles ont aussi tendance à prendre soin d'elles-mêmes et à éviter le comportement à risque^{10,12,85}. Cela peut expliquer le lien entre l'image de soi à l'adolescence et l'obésité au début de l'âge adulte que révèle l'analyse des données longitudinales de l'ENSP. Tant les garçons que les filles qui avaient une image de soi positive et qui n'étaient pas obèses en 1994-1995 avaient une cote significativement plus faible exprimant leur

Tableau 5

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre l'inactivité en 2000-2001 et certaines caractéristiques présentes en 1994-1995, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile active/modérément active âgée de 12 à 19 ans en 1994-1995, Canada, territoires non compris

Caractéristiques, 1994-1995	Total		Garçons		Filles		12 à 15 ans		16 à 19 ans	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Age	1,00	0,90-1,12	1,00	0,87-1,16	1,01	0,86-1,20	...	...	...	...
Femmes	1,83*	1,17-2,85	...	...	...	...	2,14*	1,11-4,12	1,56	0,84-2,90
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	1,65	0,88-3,08	1,83	0,78-4,32	1,55	0,68-3,50	1,45	0,59-3,61	1,88	0,80-4,42
Moyen	0,87	0,51-1,50	1,15	0,57-2,32	0,69	0,31-1,54	0,60	0,26-1,36	1,28	0,62-2,65
Moyen-supérieur/supérieur†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Soutien émotionnel	1,16	0,77-1,74	1,54	0,91-2,59	0,58	0,26-1,31	0,91	0,51-1,64	1,47	0,83-2,61
Image de soi	0,05*	0,01-0,28	0,03*	0,00-0,27	0,10	0,01-1,08	0,07*	0,01-0,72	0,05*	0,01-0,47
Données du modèle										
Taille de l'échantillon	579		313		266		271		308	
Échantillon de jeunes inactifs en 2000-2001	229		109		120		113		116	
Cas éliminés à cause de valeurs manquantes	93		56		37		84		9	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier Santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 6

Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre l'obésité en 2000-2001 et certaines caractéristiques présentes en 1994-1995, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile non obèse âgée de 12 à 19 ans en 1994-1995, Canada, territoires non compris

Caractéristiques, 1994-1995	Total		Garçons		Filles		12 à 15 ans		16 à 19 ans	
	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport corrigé de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Âge	1,05	0,89-1,23	0,99	0,79-1,23	1,17	0,92-1,48	...	...	...	...
Femmes	0,41*	0,19-0,88	...	...	...	...	0,15*	0,04-0,55	0,65	0,27-1,60
Revenu du ménage										
Inférieur/moyen-inférieur	1,58	0,65-3,84	2,33	0,74-7,33	0,86	0,23-3,21	1,81	0,39-8,40	1,40	0,48-4,09
Moyen	1,55	0,70-3,46	2,93*	1,08-7,96	0,49	0,13-1,78	1,81	0,51-6,45	1,57	0,56-4,38
Moyen-supérieur/supérieur†	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...	1,00	...
Soutien émotionnel	1,43	0,78-2,62	1,36	0,73-2,55	2,86	0,52-15,59	0,98	0,41-2,36	1,78	0,75-4,20
Image de soi	0,05*	0,01-0,36	0,04*	0,00-0,88	0,06*	0,01-0,46	0,04	0,00-1,89	0,06*	0,01-0,55
Données du modèle										
Taille de l'échantillon	895		433		462		366		529	
Échantillon de jeunes obèses en 2000-2001	62		35		27		20		42	
Cas éliminés à cause de valeurs manquantes	143		61		82		127		16	

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier Santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » pour le revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

possibilité d'être obèses six ans plus tard que leurs homologues qui avaient une image de soi négative (tableau 6).

Mot de la fin

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population, la force de l'image de soi à l'adolescence a des répercussions sur la dépression, l'autoévaluation de l'état de santé, l'activité physique et l'obésité au début de l'âge adulte. Toutefois, les effets persistants de l'image de soi sont différents chez les garçons et les filles ainsi qu'au début et vers la fin de l'adolescence.

Chez les filles, l'image de soi est relativement négative et ces dernières sont davantage portées à en ressentir les effets. Une image de soi négative chez les filles à l'adolescence risque d'être associée à la dépression, à une mauvaise autoévaluation de l'état de santé et à l'obésité au début de l'âge adulte. Chez les garçons, une image de soi négative à l'adolescence a été associée à l'obésité et à l'inactivité par la suite. Ces effets néfastes, particulièrement à l'égard des comportements qui influent sur la santé, peuvent continuer au-delà du début de l'âge adulte et se faire sentir plus tard dans la vie lorsque les personnes sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques. Ainsi, les répercussions de l'image de soi à l'adolescence peuvent persister bien

au-delà de la période de six ans sur laquelle porte cette analyse.

Une image de soi positive, particulièrement chez les filles, semble être un facteur clé d'une bonne santé mentale et physique. De même, l'effet positif du soutien émotionnel sur tous les adolescents—garçons et filles, plus jeunes et plus âgés—s'avère tout aussi important.

Les résultats de cette analyse ont des répercussions sur les familles et les professionnels qui interviennent auprès des adolescents. Les parents, les enseignants et les professionnels sont sans doute au courant des effets immédiats de l'image de soi à l'adolescence, mais ils peuvent connaître moins bien ses effets à plus long terme. En outre, étant donné ces conséquences, il pourrait être utile d'inclure dans les politiques de promotion de la santé et les programmes d'éducation en matière de santé des mécanismes destinés à améliorer l'image de soi et le contrôle à l'adolescence.

D'après les résultats de l'analyse transversale, il serait utile d'adopter une stratégie d'intervention axée sur l'utilisation optimale des ressources qui assurent un soutien émotionnel durant l'adolescence, en visant tout particulièrement les groupes les plus susceptibles d'avoir une image de soi négative, c'est-à-dire les filles et les adolescents dans les ménages à faible revenu. ■

Références

1. E.H. Erikson, « The problem of ego identity », *Psychological Issues*, 1, 1959, p. 101-164.
2. E.H. Erikson, *Identity: Youth and Crisis*, New York, Norton, 1968.
3. S.E. Hobfoll et S. Walfisch, « Coping with a threat to life: a longitudinal study of self-concept, social support, and psychological distress », *American Journal of Community Psychology*, 12(1), 1984, p. 87-100.
4. C.A. Mizell, « Life course influences on African American men's depression: adolescent parental composition, self-concept, and adult earnings », *Journal of Black Studies*, 29(4), 1999, p. 467-490.
5. L.I. Pearlin, M.A. Lieberman, E.G. Menaghan *et al.*, « The stress process », *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 1981, p. 337-356.
6. M.A. Longmore et A. DeMaris, « Perceived inequity and depression in intimate relationships: the moderating effect of self-esteem », *Social Psychology Quarterly*, 60(2), 1997, p. 172-184.
7. L.I. Pearlin et C. Schooler, « The structure of coping », *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 1978, p. 2-21.
8. S.J. Spencer, R.A. Josephs et C.M. Steele, « Low self-esteem: the uphill struggle for self-integrity », *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard*, publié sous la direction de R.F. Baumeister, New York, Plenum Press, 1993, p. 21-36.
9. P.A. Thoits, « Stressors and problem-solving: the individual as psychological activist », *Journal of Health and Social Behavior*, 35(2), 1994, p. 143-159.
10. C.H. Johnston-Brooks, M.A. Lewis et S. Garg, « Self-efficacy impacts self-care and HbA1c in young adults with type 1 diabetes », *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 2002, p. 43-51.
11. M.C. Knecht, S.M. Keinanen-Kiukaanniemi, M.L. Knuutila *et al.*, « Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens », *Journal of Clinical Periodontology*, 28(2), 2001, p. 175-180.
12. A. McCaleb et A. Edgil, « Self-concept and self-care practices of healthy adolescents », *Journal of Pediatric Nursing*, 9(4), 1994, p. 233-238.
13. I.F. Litt, « Know thyself—adolescents' self-assessment of compliance behaviour », *Pediatrics*, 75(4), 1985, p. 693-696.
14. I.F. Litt, W.R. Cuskey et A. Rosenberg, « Role of self-esteem and autonomy in determining medication compliance among adolescents with juvenile rheumatoid arthritis », *Pediatrics*, 69(1), 1982, p. 15-17.
15. M.S. Hagger, N. Chatzisarantis et S.J. Biddle, « The influence of self-efficacy and past behaviour on the physical activity intentions of young people », *Journal of Sports Science*, 19(9), 2001, p. 711-725.
16. J.P. Hewitt, *Self and Society: A Symbolic Interactionist Social Psychology*, fourth edition, Boston, Allyn and Bacon, 1988.

17. S. Coopersmith, *The Antecedents of Self-Esteem*, San Francisco, W.H. Freeman, 1967.
18. R.G. Simmons et F. Rosenberg, « Sex, sex roles, and self-image », *Journal of Youth and Adolescence*, 4(3), 1975, p. 229-253.
19. E. Phares, *Locus of Control in Personality*, Morristown, New Jersey, The Learning Press, 1976.
20. R. Schwarzer, *Measurement of Perceived Self-Efficacy*, Berlin, Forschung an der Freien Universität, Berlin, 1993.
21. K.D. Stanley et M.R. Murphy, « A comparison of general self-efficacy with self-esteem », *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 123(1), 1993, p. 81-99.
22. S.L. Woodruff et J.F. Cashman, « Task, domain, and general efficacy: A reexamination of the self-efficacy scale », *Psychological Reports*, 72(2), 1993, p. 423-432.
23. C.A. Mizell, « Earnings' potential: the consequences of family background, adolescent self-concept, and adult labor force factors », *Journal of African American Men*, 4(3), 1999, p. 89-118.
24. R.C. Savin-Williams et D.H. Demo, « Conceiving or misconceiving the self: issues in adolescent self-esteem », *Journal of Early Adolescence*, 3(1-2), 1983, p. 121-140.
25. R. McGee et S. Williams, « Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? », *Journal of Adolescence*, 23(5), 2000, p. 569-582.
26. D.S. Pine, P. Cohen, J. Brook *et al.*, « Psychiatric symptoms in adolescence as predictors of obesity in early adulthood: a longitudinal study », *American Journal of Public Health*, 87(8), 1997, p. 1303-1310.
27. C.J. Brack, D.P. Orr et G. Ingersoll, « Pubertal maturation and adolescent self-esteem », *Journal of Adolescent Health Care*, 9(4), 1988, p. 280-285.
28. E. Cairns, L. McWhirter, U. Duffy *et al.*, « The stability of self-concept in late adolescence: gender and situational effects », *Personality and Individual Differences*, 11(9), 1990, p. 937-944.
29. N.H. Chubb et C.I. Fertman, « Adolescent self-esteem and locus of control: a longitudinal study of gender and age differences », *Adolescence*, 32(125), 1997, p. 113-129.
30. E.D. Nottlemann, « Competence and self-esteem during transition from childhood to adolescence », *Developmental Psychology*, 23(3), 1987, p. 441-450.
31. C.L. Richman, M.L. Clark et K.P. Brown, « General and specific self-esteem in late adolescent students: race x gender x SES effects », *Adolescence*, 20(79), 1985, p. 555-566.
32. F.R. Rosenberg et R.G. Simmons, « Sex differences in the self-concept in adolescence », *Sex Roles*, 1(1), 197, p. 147-159.
33. A. Wigfield, J.S. Eccles, D. Maclver *et al.*, « Transitions during early adolescence: changes in children's domain-specific self-perceptions and general self-esteem across the transition to junior high school », *Developmental Psychology*, 27(4), 1991, p. 552-565.
34. J.P. Hill et M.E. Lynch, « The intensification of gender-related role expectations during early adolescence », In: J. Brooks-Gunn et A.C. Petersen, eds., *Girls at Puberty*, New York, Plenum Press, 1983, p. 201-228.
35. R.W. Robins, K.H. Trzesniewski, J.L. Tracy *et al.*, « Global self-esteem across the life span », *Psychology and Aging*, 17(3), 2002, p. 423-434.
36. R.G. Simmons, D.A. Blyth, E.F. Van Cleave *et al.*, « Entry into early adolescence: the impact of school structure, puberty, and early dating on self-esteem », *American Sociological Review*, 44(6), 1979, p. 948-967.
37. H. Sweeting et P. West, « Sex differences in health at ages 11, 13 and 15 », *Social Science & Medicine*, 56(1), 2003, p. 31-39.
38. S. Harter, « Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents », *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard*, publié sous la direction de R.F. Baumeister, New York, Plenum Press, 1993, p. 87-116.
39. R. Eme, « Sex differences in childhood psychopathology: a review », *Psychological Bulletin*, 86(3), 1979, p. 574-595.
40. D.H. Demo et R.C. Savin-Williams, « Early adolescent self-esteem as a function of social class: Rosenberg and Pearlin revisited », *American Journal of Sociology*, 88(4), 1983, p. 763-774.
41. J. McCarthy et D. Hoge, « Analysis of age effects in longitudinal studies of adolescent self-esteem », *Developmental Psychology*, 18(3), 1982, p. 372-379.
42. P.M. O'Malley et J.G. Bachman, « Self-esteem: change and stability between ages 13 and 23 », *Developmental Psychology*, 19(2), 1983, p. 257-268.
43. M. Rosenberg, « Self-concept from middle childhood through adolescence », *Psychological Perspectives on the Self*, publié sous la direction de J. Suls et A.G. Greenwald, Hillsdale, New Jersey, Earlbaum, 1986.
44. R.G. Simmons, F. Rosenberg et M. Rosenberg, « Disturbance in the self-image at adolescence », *American Sociological Review*, 38(5), 1973, p. 553-568.
45. D.H. Demo, « The self-concept over time: research issues and directions », *Annual Review of Sociology*, 18, 1992, p. 303-326.
46. M. Rosenberg, *Conceiving the Self*, New York, Basic Books, 1979.
47. M. Rosenberg et L.I. Pearlin, « Social class and self-esteem among children and adults », *American Journal of Sociology*, 84(1), 1978, p. 53-77.
48. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States », Results from the National Comorbidity Survey, *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
49. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, troisième édition révisée, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1989.
50. M.P. Beaudet, « Dépression », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-25 (Statistique Canada, n° 82-003).
51. Statistique Canada, Annexe F : Variables dérivées, Enquête nationale sur la santé de la population, *Fichiers de microdonnées à grande diffusion*, 1994-1995, Ottawa, ministre de l'Industrie, 1995, p. 17-20 (n° 82F0001XCB au catalogue).
52. T. Stephens, C.L. Craig et B.F. Ferris, « Adult physical activity in Canada: findings from the Canada Fitness Survey », *La revue canadienne de santé publique*, 77(4), 1986, p. 285-290.
53. T.J. Cole, M.C. Bellizzi, K.M. Flegal *et al.*, « Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey », *British Medical Journal*, 320(7244), 2000, p. 1240-1243.
54. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
55. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
56. S. Cohen et T.A. Wills, « Stress, social support, and the buffering hypothesis », *Psychological Bulletin*, 98(2), 1985, p. 310-357.
57. R.C. Kessler et J.D. McLeod, « Social support and mental health in community samples », *Social Support and Health*, publié sous la direction de S. Cohen et S.L. Syme, New York, Academic Press, 1985, p. 219-240.

58. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
59. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
60. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *Proceedings of the Survey Research Methods Section, American Statistical Association*, Baltimore, août 1999.
61. J.F. Robertson et R.L. Simons, « Family factors, self-esteem, and adolescent depression », *Journal of Marriage and the Family*, 51(1), 1989, p. 125-138.
62. L.S. Walker et J.W. Greene, « The social context of adolescent self-esteem », *Journal of Youth and Adolescence*, 1986; 15(4), p. 315-322.
63. A. Hill et J. Roberts, « Body mass index: a comparison between self-reported and measured height and weight », *Journal of Public Health Medicine*, 20(2), 1998, p. 206-210.
64. R.J. Roberts, « Can self-reported data accurately describe the prevalence of overweight? », *Public Health*, 109(4), 1995, p. 275-284.
65. M.K. Bynum et M.W. Durm, « Children of divorce and its effect on their self-esteem », *Psychological Reports*, 79(2), 1996, p. 447-450.
66. R.B. Felson et M.A. Zielinski, « Children's self-esteem and parental support », *Journal of Marriage and the Family*, 51(3), 1989, p. 727-735.
67. D.B. Jacobvitz et N.F. Bush, « Reconstructions of family relationships: parent-child alliances, personal distress, and self-esteem », *Developmental Psychology*, 32(4), 1996, p. 732-743.
68. S.D. Lamborn, N.S. Mounts, L. Steinberg *et al.*, « Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families », *Child Development*, 62(5), 1991, p. 1049-1065.
69. C.B. McCormick et J.H. Kennedy, « Father-child separation, retrospective and current views of attachment relationship with father, and self-esteem in late adolescence », *Psychological Reports*, 86(3 Pt 1), 2000, p. 827-834.
70. R.E.L. Roberts et V.L. Bengston, « Relationships with parents, self-esteem, and psychological well-being in young adulthood », *Social Psychology Quarterly*, 56(4), 1993, p. 263-277.
71. D.T.L. Shek, « A longitudinal study of the relationship between family functioning and adolescent psychological well-being », *Journal of Youth Studies*, 1(2), 1998, p. 195-209.
72. R.L. Mullis et P. Chapman, « Age, gender, and self-esteem differences in adolescent coping styles », *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 2000, p. 539-541.
73. P.J. Burke, « Social identities and psychosocial stress », *Psychosocial Stress: Perspectives on Structure, Theory, Life Course, and Methods*, publié sous la direction de H.B. Kaplan, New York, Academic Press, 1996, p. 141-174.
74. J. Mirowsky et C.E. Ross, *Social Causes of Psychological Distress*, New York, Aldine de Gruyter, 1989.
75. L.I. Pearlin et M.A. Lieberman, « Social sources of emotional distress », *Research in Community and Mental Health*, Volume 1, publié sous la direction de R. Simmons, Greenwich, CT, JAI Press, 1979, p. 217-248.
76. M. Rosenberg, C. Schooler et C. Schoenbach, « Self-esteem and adolescent problems: modelling reciprocal effects », *American Sociological Review*, 54(6), 1989, p. 1004-1018.
77. D. Bailis, A. Segall et J.G. Chipperfield, « Two views of self-rated general health status », *Social Science & Medicine*, 56(2), 2003, p. 203-217.
78. P. Martikainen, A. Aromaa, M. Heliövaara *et al.*, « Reliability of perceived health by sex and age », *Social Science & Medicine*, 48(8), 1999, p. 1117-1122.
79. M. Shields et S. Shoostari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, 13(1), 2001, p. 35-52 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
80. R.A. Milligan, V. Burke, L.J. Beilin *et al.*, « Health-related behaviours and psycho-social characteristics of 18 year-old Australians », *Social Science & Medicine*, 45(10), 1997, p. 1549-1562.
81. J. Sprague et G. Brunk, « Readiness to act: a sociological conceptualization of self determination », American Sociological Association Paper, 1994.
82. M. Aarnio, T. Winter, J. Peltonen *et al.*, « Stability of leisure-time physical activity during adolescence – a longitudinal study among 16-, 17- and 18-year old Finnish youth », *Scandinavian Journal of Medical Science Sports*, 12(3), 2002, p. 179-185.
83. D. Alfermann et O. Stoll, « Effects of physical exercise on self-concept and well-being », *International Journal of Sport Psychology*, 31(1), 2000, p. 47-65.
84. C.R. Nigg, « Explaining adolescent exercise behavior change: a longitudinal application of the transtheoretical model », *Annals of Behavioural Medicine*, 23(1), 2001, p. 11-20.
85. K.A. Gordon Rouse, G.M. Ingersoll et A.D.P. Orr, « Longitudinal health endangering behavior risk among resilient and nonresilient early adolescents », *Journal of Adolescent Health*, 23(5), 1998, p. 297-302.

Annexe

Tableau A
Distribution de certaines caractéristiques, population âgée de 12 à 19 ans, Canada, territoires non compris, 1994-1995

	Taille de l'échantillon	Population estimée	
		milliers	%
Fichier transversal, 1994-1995			
Total	1 684	3 022	100,0
Garçons	833	1 552	51,4
Filles	851	1 470	48,6
Groupe d'âge			
12 à 15 ans	750	1 487	49,2
16 à 19 ans	934	1 535	50,8
Revenu du ménage			
Inférieur/moyen-inférieur	367	544	18,0
Moyen	490	964	31,9
Moyen-supérieur/supérieur	750	1 359	45,0
Données manquantes	77	155	5,1
Modalités de logement			
Habite avec l'un des parents	318	441	14,6
Autre	277	427	14,1
Habite avec les deux parents	1 075	2 125	70,3
Données manquantes	14	30	1,0
Fichier longitudinal, 1994-1995 à 2000-2001			
Total	1 089	3 085	100,0
Garçons	511	1 567	50,8
Filles	578	1 518	49,2
Groupe d'âge			
12 à 15 ans	517	1 583	51,3
16 à 19 ans	572	1 502	48,7
Revenu du ménage			
Inférieur/moyen-inférieur	213	530	17,2
Moyen	334	1 021	33,1
Moyen-supérieur/supérieur	490	1 361	44,1
Données manquantes	52	174	5,6
Modalités de logement			
Habite avec l'un des parents	199	450	14,6
Autre	154	381	12,4
Habite avec les deux parents	723	2 216	71,8
Données manquantes	13	38	1,3

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon transversal, fichier Santé, 1994-1995; Enquête nationale sur la santé de la population, échantillon longitudinal, fichier Santé, 1994-1995 à 2000-2001

Nota : Les données ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.