

Liens entre tracas de la vie quotidienne à l'âge scolaire et symptômes dépressifs : apports des échelles ISQVE©
Connections between the problems of everyday life at school age and depressive symptoms: Contributions of CQLSI© scales
Relaciones entre las preocupaciones de la vida cotidiana, la edad escolar y los síntomas depresivos: aportes de las escalas ISQVE©

Fabienne Lemétayer and Jean-Baptiste Lanfranchi

Volume 43, Number 2, Fall 2015

Le stress à l'école

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034486ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034486ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Association canadienne d'éducation de langue française

ISSN

1916-8659 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lemétayer, F. & Lanfranchi, J.-B. (2015). Liens entre tracas de la vie quotidienne à l'âge scolaire et symptômes dépressifs : apports des échelles ISQVE©. *Éducation et francophonie*, 43(2), 66–86.
<https://doi.org/10.7202/1034486ar>

Article abstract

This study aims to identify the areas of life in the “*Child Quality of Life Systemic Inventory*” (CQLSI©) (Missotten, Etienne and Dupuis, 2007) most able to report on the problems of daily life at school age. It also aims to verify the predictive value of these problems on the psychological health of children, one year after a first assessment. From this perspective, 106 students in regular schools, aged 8 to 12, answered two questionnaires: the CQLSI© and the CDI. All were met during two interviews a year apart (T1 and T2). The analyses, conducted with the PLS-PM approach, allowed us to focus on seven areas of life in each interview that students perceive as difficult to access, out of the 20 areas of life evaluated in the CQLSI©. These analyses also showed the predictive effect of some problems experienced over a one-year interval. Similarly, these perceived difficulties allowed the prediction of depressive symptoms immediately (in the same assessment period), but not over a one-year interval. The discussion focuses on the interest and importance of more closely examining the areas of life perceived as difficult to access by school-age children to prevent the risk of depressive symptoms.

Liens entre tracas de la vie quotidienne à l'âge scolaire et symptômes dépressifs : apports des échelles ISQVE©

Fabienne LEMÉTAYER

Université de Lorraine, France

Jean-Baptiste LANFRANCHI

Université de Lorraine, France

RÉSUMÉ

La présente étude a pour objectif d'identifier les domaines de vie de l'*Inventaire systématique de qualité de vie pour enfants* (ISQVE©) (Missotten, Étienne et Dupuis, 2007) les plus en mesure de rendre compte des tracas quotidiens à l'âge scolaire. Elle a également pour but de vérifier la valeur prédictive de ces tracas sur la santé psychologique des enfants, un an après une première évaluation. Dans cette perspective, 106 enfants scolarisés en milieu scolaire régulier, âgés de 8 à 12 ans, ont répondu à deux questionnaires : l'ISQVE© et le CDI. Tous ont été rencontrés lors de deux entretiens menés à un an d'intervalle (T1 et T2). Les analyses, menées avec l'approche PLS-PM, ont permis de retenir à chaque entretien sept domaines de vie perçus comme difficiles d'accès par les enfants sur les 20 domaines de vie évalués à l'aide de l'ISQVE©. Ces analyses ont également permis de montrer l'effet prédictif de certaines difficultés ressenties sur un intervalle d'un an. De même, ces difficultés perçues ont permis de prédire des symptômes dépressifs de manière immédiate (sur une même période d'évaluation), mais pas sur un intervalle d'un an. La discussion

porte sur l'intérêt et l'importance d'examiner plus attentivement les domaines de vie perçus comme difficiles d'accès par les enfants d'âge scolaire afin de prévenir les risques de symptômes dépressifs.

ABSTRACT

Connections between the problems of everyday life at school age and depressive symptoms: contributions of CQLSI© scales

Fabienne LEMÉTAYER
University of Lorraine, France

Jean-Baptiste LANFRANCHI
University of Lorraine, France

This study aims to identify the areas of life in the “*Child Quality of Life Systemic Inventory*” (CQLSI©) (Missotten, Etienne and Dupuis, 2007) most able to report on the problems of daily life at school age. It also aims to verify the predictive value of these problems on the psychological health of children, one year after a first assessment. From this perspective, 106 students in regular schools, aged 8 to 12, answered two questionnaires: the CQLSI© and the CDI. All were met during two interviews a year apart (T1 and T2). The analyses, conducted with the PLS-PM approach, allowed us to focus on seven areas of life in each interview that students perceive as difficult to access, out of the 20 areas of life evaluated in the CQLSI©. These analyses also showed the predictive effect of some problems experienced over a one-year interval. Similarly, these perceived difficulties allowed the prediction of depressive symptoms immediately (in the same assessment period), but not over a one-year interval. The discussion focuses on the interest and importance of more closely examining the areas of life perceived as difficult to access by school-age children to prevent the risk of depressive symptoms.

RESUMEN

Relaciones entre las preocupaciones de la vida cotidiana, la edad escolar y los síntomas depresivos: aportes de las escalas ISQVE©

Fabienne LEMÉTAYER
Universidad de la Lorena, Francia

Jean-Baptiste LANFRANCHI
Universidad de la Lorena, Francia

El presente estudio tiene como objetivo identificar los sectores de la vida del « *Inventaire Systémique de Qualité de Vie pour Enfants* » (ISQVE©) (Missotten, Etienne y Dupuis, 2007), el más apto para informarnos sobre las preocupaciones cotidianas propias a la edad escolar. Dicho inventario tiene asimismo el objetivo de verificar el valor predictivo de dichas preocupaciones sobre la salud psicológica de los niños, un año después de la primera evaluación. Desde esta perspectiva, 106 niños escolarizados en un medio escolar regular, de 8 a 12 años, respondieron a dos cuestionarios: el ISQVE© y el CDI. Todos fueron entrevistados dos veces, con un año de intervalo (T1 y T2). Los análisis, realizados desde la perspectiva PLS-PM, permitieron conservar, en cada entrevista, siete sectores de vida evaluados gracias al ISQVE©. Dichos análisis permitieron asimismo mostrar el efecto de predicción de ciertas dificultades experimentadas durante el intervalo de un año. Así mismo, las dificultades percibidas permitieron predecir los síntomas depresivos de manera inmediata (durante el mismo periodo de evaluación), pero no al interior del intervalo de un año. La discusión presenta el interés y la importancia de examinar con más cuidado los sectores de vida percibidos como difíciles de acceso para los niños de edad escolar con el fin de prevenir los riesgos de síntomas depresivos.

Introduction

La nature et l'influence des tracas quotidiens sur l'émergence des symptômes dépressifs à l'âge scolaire sont encore aujourd'hui peu étudiées. Cela tient sans doute à ce que généralement les tracas qui rythment la vie quotidienne paraissent relativement peu importants en comparaison des événements de vie majeurs (McLean, 1976; Courtois, Réveillère, Paüs, Berton et Jouint, 2007). Pourtant, ces tracas « mineurs » sont beaucoup plus fréquents que les événements de vie majeurs (Aldwin, 2007). Ce seraient d'ailleurs leur fréquence et leur intensité qui provoqueraient tensions, contrariétés, frustrations, irritations multiples, etc. (Dumont, 2000; Guillet et Harmand, 2006; Kanner, Coyne, Scheafer et Lazarus, 1981; Kanner, Feldman, Weinberger et

Ford, 1987; Plancherel, Bettschart, Bolognini, Dumont et Halfon, 1997), jusqu'à susciter dans certains cas un état de stress chronique (anxiété chronique, dépression, troubles somatiques) décrit dans la littérature comme susceptible d'être plus délétère encore que les événements de vie majeurs (Guillet et Harmand, 2006; Lazarus, 1984; Réveillère et Courtois, 2007). L'importance de l'impact d'un événement de la vie quotidienne (tracas mineurs) ne dépend donc pas de la réalité objective de cet événement, mais de la valeur symbolique que l'individu y accorde ainsi que des capacités perçues à y faire face au moment où il survient (Kanner *et al.*, 1981, 1987; Plancherel, 2001). Ainsi, plus l'individu a le sentiment d'être démuné et sans aucun contrôle ni espoir de modification face à ces sollicitations quotidiennes, plus sa détresse est intense (Réveillère et Courtois, 2007). Bon nombre de chercheurs tendent à confirmer le caractère prédictif des tracas quotidiens dans l'évolution défavorable de la santé psychologique des individus (Boekaerts, 1996; Compas, 1987; Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen et Wadsworth *et al.*, 2001; Courtois *et al.*, 2007; Dumont, Tarabulsy, Gagnon, Tessier et Provost, 1998; Kanner *et al.*, 1981, 1987; Lazarus, 1984; Perrudet-Badoux, 1987; Plancherel *et al.*, 1997).

Comme chez la population adulte, les situations stressantes et les tracas quotidiens ne manquent pas à l'âge scolaire (Plancherel, 2001). Chaque jour, les enfants sont en effet soumis à des situations auxquelles ils doivent faire face, que ce soit à la maison ou à l'école. Ces situations n'entraînent cependant pas nécessairement un état de stress. Toutefois, dans certains cas, un stress mineur peut jouer un rôle positif, en renforçant les capacités d'adaptation de l'enfant. Dans d'autres cas, ce stress peut se révéler difficile à gérer et devenir chronique par répétition. Il est alors susceptible d'impacter leur santé physiologique (Carter, Garber, Ciesla et Cole, 2006; Compas, Malcarne et Fondacaro, 1988) ou psychologique (Wagner, Compas et Howell, 1988) et de s'exprimer par des comportements variés, comme des manifestations anxieuses le plus souvent associées à la vie scolaire (Plancherel *et al.*, 1997, 2000; Réveillère et Courtois, 2007), comme des troubles du sommeil, des maux de tête (Strine, Okoro, McGuire et Balluz, 2006; White et Farrell, 2005), des douleurs abdominales (Thomsen *et al.*, 2002; White et Farrell, 2005), un absentéisme scolaire (Strine *et al.*, 2006), une suralimentation (Jenkins, Rew et Sternglanz, 2005), de la fatigue, de la nervosité, de la tristesse, etc. Pourtant, les adultes ont généralement tendance à minimiser l'importance et l'impact de ces tracas quotidiens qui se répètent de façon insidieuse, alors que s'ils ne sont pas reconnus ni désamorcés à temps ils peuvent générer de véritables symptômes dépressifs. Parmi les tracas quotidiens auxquels les enfants d'âge scolaire sont régulièrement confrontés, on trouve les devoirs, la pression des pairs, les railleries, les résultats scolaires (Dumont, Leclerc et Deslandes, 2003; Luthar, 2003; Ryan-Wenger, Sharrer et Campbell, 2005; Sharrer et Ryan-Wenger, 2002; Skybo et Buck, 2007), la pression parentale perçue (Luthar, 2003), etc. Un seul de ces événements de vie ne peut être considéré comme un tracas en soi, mais leur accumulation peut avoir un impact important sur le bien-être psychologique et physiologique de l'enfant (Byrne, Thomas, Burchell, Olive et Mirabito, 2011). Plusieurs échelles d'évaluation des tracas quotidiens à la préadolescence existent déjà, comme l'*Adolescent Hassles Inventory* (Bobo, Gilchrist, Snow et Schinke,

1986), la Daily Hassles Scale-R (Holm et Holroyd, 1992) ou, encore, la *Children Hassles Scale* (Kanner, Feldman, Weinberger et Ford, 1987). Il existe également une échelle en langue française, inspirée du questionnaire américain de Bobo, Gilchrist, Snow et Schinke (1986) et validée en Suisse par Plancherel et ses collaborateurs (1997).

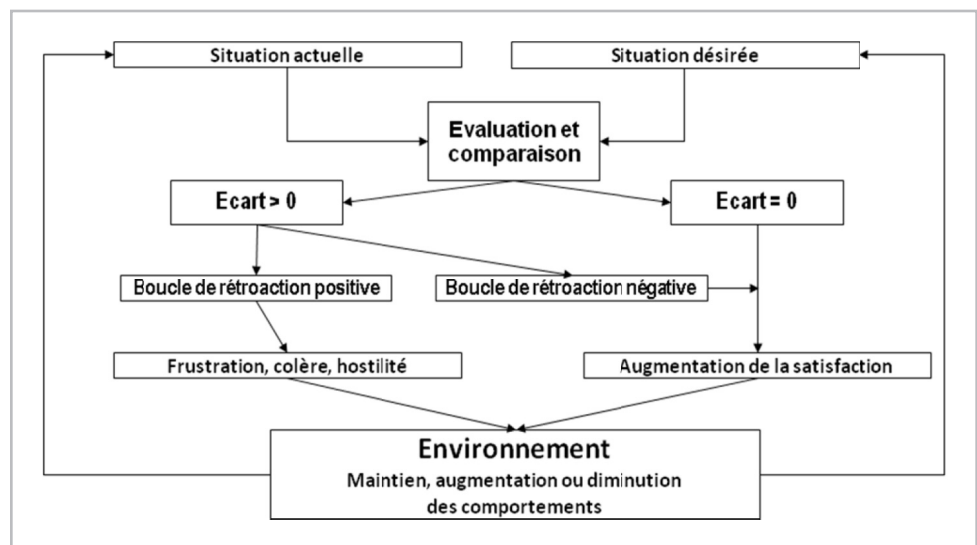
Dans la présente étude, nous avons choisi d'examiner une nouvelle voie pour rendre compte de la nature et de l'influence des tracas quotidiens à l'âge scolaire. Nous avons en effet examiné la notion de tracas quotidiens à travers la notion de difficultés d'atteinte d'un but important pour l'enfant dans les principaux domaines de sa vie courante et l'impact de ces difficultés sur les symptômes dépressifs. Par difficultés d'atteinte d'un but important par l'enfant, il faut comprendre que l'enfant exprime que ce qu'il vit par rapport à un domaine de vie particulier diffère de ce qu'il souhaiterait réellement vivre. En outre, s'il a le sentiment de s'éloigner de cet objectif de vie, alors même qu'il lui accorde de l'importance, il n'est pas improbable que l'enfant ressente des affects négatifs allant jusqu'aux symptômes dépressifs.

Classiquement, l'approche des buts personnels postule que la poursuite de buts de vie contribue à un haut niveau de bien-être psychologique (Emmons, 1996). À l'inverse, la poursuite des buts est susceptible de provoquer des affects négatifs, quand l'écart entre les buts valorisés et leurs réalisations est trop grand. Dans ce cas, le faible niveau de bien-être subjectif ou le haut niveau de souffrance dépressive ne semblent pas liés au manque d'implication dans la poursuite des buts personnels, mais aux difficultés pour les accomplir (Lecci, Karoly, Ruehlman et Lanyon, 1996). De fait, si l'on veut comprendre les relations entre poursuite de buts et symptômes dépressifs, il convient de tenir compte de l'évaluation de la probabilité d'atteindre ces buts ainsi que de leur distance temporelle (estimation par l'individu de l'accès aux buts à court, moyen ou long terme).

S'agissant de l'évaluation des difficultés d'atteinte des buts personnels des enfants d'âge scolaire, et des liens possibles entre ces difficultés et les symptômes dépressifs, nous avons choisi de recourir à l'*Inventaire systémique de qualité de vie pour enfants* (ISQV-E©, Missotten, Étienne et Dupuis, 2007), en raison notamment de la possibilité qu'offre cet instrument d'examiner simultanément des processus cognitifs et affectifs, en plus des contenus relatifs à la qualité de vie. De manière concrète, cet instrument permet de mesurer l'écart entre la perception qu'ont les enfants de leur situation actuelle (leur état) et la situation désirée par eux (leurs buts personnels), pour chacun des 20 domaines de vie évalués, en se référant chaque fois à une situation idéale (point du repère matérialisé par un soleil sur le support d'évaluation). Cet *écart* est ensuite pondéré par l'importance donnée à chaque domaine de vie et par la situation dynamique de rapprochement ou d'éloignement par rapport aux buts. Le modèle théorique sous-jacent à l'ISQV-E© est celui proposé par Dupuis, Taillefer, Rivard, Roberge et St-Jean (2001) (voir la figure 1). Ce modèle se propose d'expliquer les raisons du bien-être ou de l'émergence des symptômes dépressifs de l'individu concrètement engagé dans la réalisation de ses buts de vie. Le bien-être ou les symptômes dépressifs dépendent essentiellement de la comparaison entre une situation actuelle et une situation désirée. Ainsi, lorsqu'il n'existe pas d'écart entre ces deux situations (écart = 0), cela signifie que ce que la personne

vit correspond à ce qu'elle désire (*le but*). En revanche, lorsqu'il existe un écart (écart > 0), deux situations sont possibles: la boucle de rétroaction *négative* et la *positive*. Dans la négative, chaque comportement posé fait que la personne sent qu'elle se rapproche de ses objectifs; il y a donc satisfaction. À l'inverse, dans la boucle de rétroaction positive, les comportements posés font en sorte que la personne sent qu'elle s'éloigne de ses objectifs. Ce type de boucle renvoie à une qualité de vie détériorée, susceptible d'impliquer de la frustration ou de la colère de la personne, voire des manifestations dépressives.

Figure 1. **Modèle théorique de l'ISQV**® - Dupuis, Taillefer, Rivard, Roberge & St-Jean (2001)



Outre l'influence de cet écart perçu entre état et but, les tensions ou les insatisfactions ressenties dépendront aussi de la vitesse de réalisation du but et de l'importance de celui-ci pour l'individu. De la sorte, c'est le score Écart pondéré (EP) qui renseigne sur la difficulté d'atteinte des buts personnels. Le score EP correspond à la distance entre l'état (situation actuelle de l'enfant) et le but (situation désirée de l'enfant) par domaine de vie, pondérée par la vitesse, soit d'amélioration, soit de détérioration, de chaque domaine évalué et la priorité de ce domaine. Ainsi, le score EP traduit un écart (état - but), modéré par la vitesse et la priorité:

$$EP = (\text{état} - \text{but}) \times \text{vitesse} \times \text{priorité}$$

Dans cette perspective d'analyse, notre étude poursuit un double objectif. Le premier vise à identifier les domaines de vie de l'ISQV-E® les plus en mesure de rendre compte des stressors de la vie quotidienne à l'âge scolaire. Le deuxième objectif cherche à vérifier la valeur prédictive de ces stressors sur la santé psychologique, à un an d'intervalle.

Méthode

Participants et participants

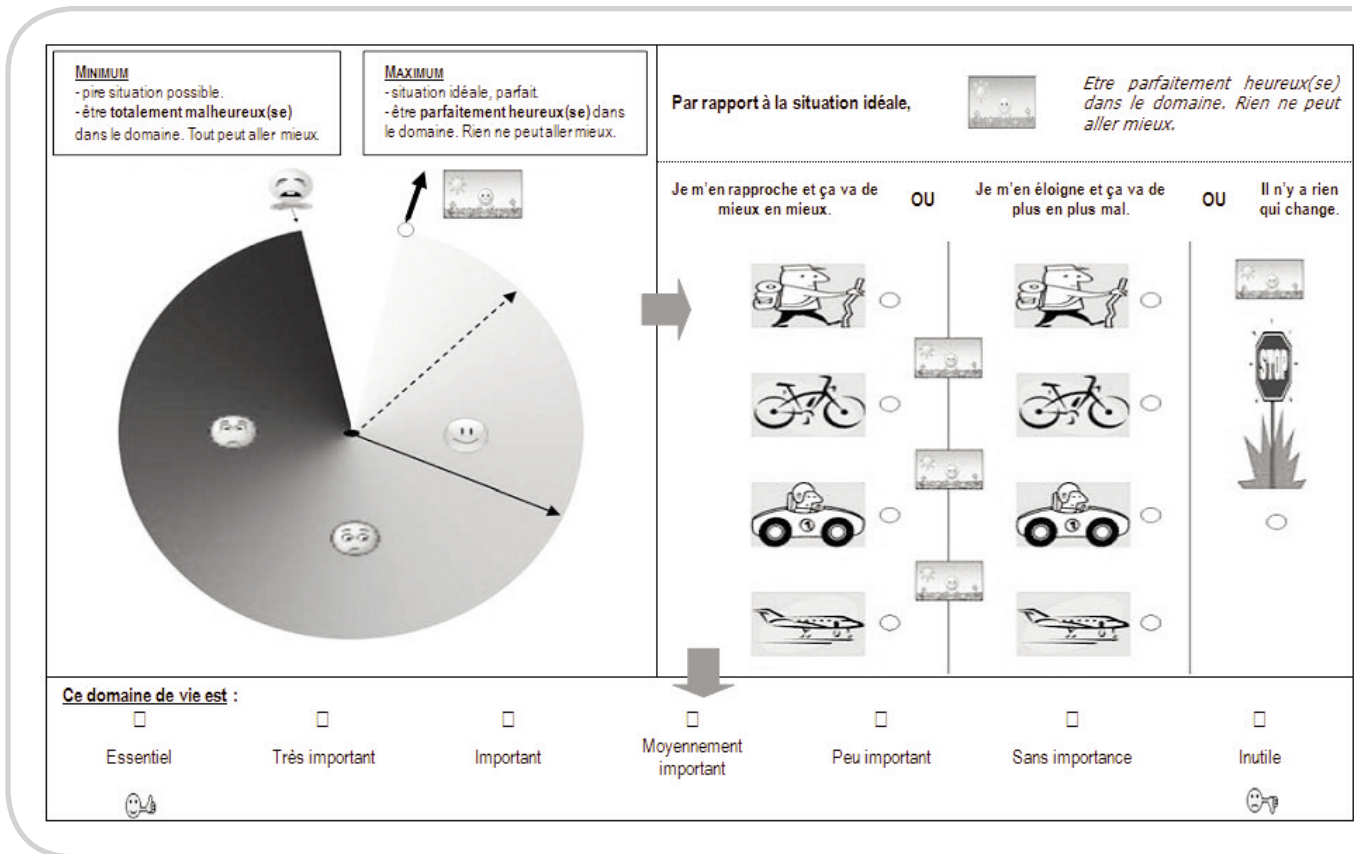
L'étude a porté sur un échantillon de 106 enfants (41,5 % de garçons et 58,5 % de filles) scolarisés en milieu scolaire régulier dans la région lorraine (située dans le nord-est de la France). Tous ont été rencontrés à deux reprises lors d'entretiens menés à un an d'intervalle. Lors du premier entretien, l'âge médian des enfants était de 10 ans (Q1 = 9 ans; Q3 = 11 ans). Aucun d'eux ne présentait de problèmes de santé ni de difficultés familiales graves au moment des deux entretiens effectués (en accord avec les directions des établissements scolaires, les classes où un enfant était, ou avait récemment été, confronté à une maladie grave, cancer par exemple, ou par un décès récent d'un proche n'étaient pas concernées par l'étude). Quant aux professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) des parents, elles se distribuaient de la manière suivante : artisans, commerçants, chefs d'entreprise (6,60 %); cadres et professions intellectuelles supérieures (17,92 %); professions intermédiaires (25,47 %); employés (25,47 %); ouvriers (15,09 %); profession inconnue (8,49 %) (catégorisation issue de la classification en huit classes; INSEE, 2003). Enfin, tous les enfants de cette étude ont répondu volontairement, avec l'accord de leurs parents (signature d'un consentement éclairé), à différents questionnaires.

Mesures autorapportées

Deux mesures ont été effectuées, mesurant respectivement la qualité de vie et les symptômes dépressifs.

L'Inventaire systémique de qualité de vie pour enfants (ISQV-E© – Missotten, Étienne et Dupuis, 2007) mesure la qualité de vie à l'âge scolaire (8-12 ans). Ce questionnaire porte sur vingt domaines de vie : *Sommeil, Alimentation, Douleur physique, Santé, Vêtements, Apparence physique, Chambre, Grands-parents, Mère, Père, Fratrie, Amis, Comment mes amis parlent de moi, École, Résultats scolaires, Sport, Activités non sportives, Autonomie, Obéissance à l'autorité et Tolérance à la frustration*. Chacun de ces domaines est soumis à quatre évaluations de la part de l'enfant (voir la figure 2) : 1) mesure de l'état (*situation actuelle*) sur le cadran à partir d'un point de référence positif matérialisé par une émoticône souriante et un soleil. L'enfant positionne sa perception actuelle du domaine de vie qu'il est en train d'évaluer (voir Planche 1 – flèche pleine); 2) mesure du but (*situation désirée*) sur le cadran à partir du même point de référence. L'enfant positionne ici la situation qu'il aimerait vivre par rapport à ce même domaine de vie (voir Planche 1 – flèche en pointillé); 3) mesure de la perception de la situation désirée en termes de rapprochement ou d'éloignement (voir Planche 2 – échelle graduelle en 4 points, allant du piéton pour exprimer la lenteur du processus à l'avion pour en illustrer la vitesse de rapprochement ou d'éloignement); et, enfin, 4) mesure de la priorité. L'enfant évalue l'importance qu'il accorde au domaine de vie évalué (voir Planche 3 – échelle graduelle en 7 points, allant d'essentiel à inutile).

Figure2. Différentes étapes de l'ISQV-E®



Les propriétés psychométriques de l'ISQV-E® sont satisfaisantes ($\alpha = 0,86$ pour le score État pour les 20 domaines; 0,92 pour le score But pour les 20 domaines; 0,71 pour le score Écart pour les 20 domaines; Étienne, Dupuis, Spitz, Lemétayer et Missotten, 2010).

Le *Child Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1985, 1992; traduction française de Mack et Moor, 1982a, cité par Bouvard, 2008) évalue la présence et l'intensité des symptômes dépressifs des enfants âgés de 8 à 17 ans. Le questionnaire comprend 27 items ($\alpha = 0,70$), correspondant chacun à trois niveaux de sévérité de symptômes spécifiques de la dépression (0 – neutre à 2 – sévérité maximale). Certains items sont à inverser. Le score total est obtenu par la somme des différents items, et varie de 0 à 54. Plus le score est élevé, plus l'état dépressif est sévère. Le seuil critique au CDI correspond à un score supérieur à 19, mais il peut être abaissé à un score supérieur à 13 chez les enfants à risque de dépression (Kovacs, 1985, 1992; Matthey et Petrovski, 2002).

Procédure

L'étude s'est déroulée au sein des établissements scolaires, en dehors des heures de cours (durant les heures de permanence, les récréations après la pause déjeuner ou en fin d'après-midi après les heures de cours) et en présence de deux membres de

l'équipe de recherche. Le plus strict anonymat était garanti aux enfants et à leur famille. Pour pouvoir mener cette étude, nous avons obtenu l'accord de l'Inspection académique, des chefs d'établissement, mais également celui des parents, qui ont été informés de la tenue de l'étude par une lettre que leur a transmise l'enseignant référent des enfants, accompagnée d'un formulaire de consentement éclairé. Sur environ deux cents courriers envoyés, cent six familles ont répondu positivement, en retournant le formulaire de consentement éclairé aux enseignants référents.

Les critères d'inclusion des enfants à l'étude étaient les suivants: être exempts de problèmes majeurs familiaux, de santé ou de handicap, posséder une bonne maîtrise de la langue française, démontrer une bonne maîtrise de la lecture et avoir retourné le consentement éclairé signé des deux parents.

Les enfants de cette étude ont été rencontrés à deux reprises, et à un an d'intervalle. Ces rencontres ont eu lieu sous forme d'entretiens durant 30 à 45 minutes environ, en face à face avec chacun des enfants, ce qui permettait d'échanger avec l'enfant à sa demande sur certains domaines de vie ou à la demande des membres de l'équipe de recherche lorsque les réponses apportées révélaient une souffrance réelle.

Analyse des données

L'approche PLS-PM (*Partial Least Squares Path Modeling*; Tennenhaus, Vinzi, Chatelin et Lauro, 2005) est une modélisation en équations structurales (*Structural Equation Modeling ou SEM*) qui permet d'étudier les liens de prédiction entre des variables latentes exogènes (facteurs d'influence sans antécédent) et endogènes (facteurs subissant au moins une influence) à l'intérieur d'un système de variables, construit *a priori* par le chercheur, en modélisant les données à l'aide d'une succession de régressions simples et multiples. Dans ce modèle, une variable latente (VL) est une variable inobservable (ou un construit) décrite indirectement par un bloc de variables observables, appelées variables manifestes (VM) ou indicateurs. Cette technique statistique a pour but de maximiser, d'une part, la variance expliquée de chaque lot d'indicateurs par les variables latentes auxquelles ils sont connectés et, d'autre part, d'avoir la meilleure explication possible (en termes de variance expliquée) des variables latentes endogènes (Hair, Hult, Ringle et Sarstedt, 2014). L'approche PLS a aussi l'avantage de pouvoir calculer directement les scores des variables latentes et d'être robuste pour de petits échantillons. Enfin, lorsque l'on construit un modèle, il existe deux manières de lier les indicateurs à leurs variables latentes. Premièrement, les liens réflexifs supposent que chaque variable manifeste reflète sa variable latente par une régression simple (technique de l'analyse en composantes principales – ACP): ce sont des variables latentes réflexives. Deuxièmement, les liens formatifs supposent que chaque variable latente est générée par ses propres variables manifestes; la variable latente est ainsi une combinaison linéaire de ses propres variables manifestes, formée par régression multiple: on parlera de variable latente formative ou d'index.

Construction d'un index de difficultés d'atteinte des buts valorisés

C'est dans ce dernier type de lien que se situe l'analyse des données de cette étude. Les difficultés d'atteinte de buts valorisés par l'enfant ne sont pas forcément dépendantes les unes des autres et peuvent contribuer de manière très différente à l'expression des symptômes dépressifs des enfants. L'accumulation pondérée de certaines de ces difficultés perçues dans les 20 domaines de vie peut alors former un *index* de difficultés d'atteinte des buts valorisés par l'enfant (mesuré ici par l'écart pondéré – EP, tel que l'ont suggéré Dupuis *et al.*, 2001; voir plus haut), susceptible de prédire le niveau de symptôme dépressif des enfants. Afin de calculer les pondérations de chaque VM relative aux domaines de vie à cet index, l'effet de l'EP a été étudié sur deux scores de variables manifestes: les scores de dépression des enfants de l'échantillon au T1 (CDI 1) et au T2 (CDI 2).

Résultats

Avant de présenter les liens entre les difficultés d'atteinte des buts valorisés par l'enfant et les symptômes dépressifs, il convient d'examiner les données obtenues aux questionnaires de souffrance dépressive (CDI) et de qualité de vie (ISQVE©). L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel *XLStat* (Addinsoft, version 2011.2.05).

Scores de symptômes dépressifs

Comme rappelé dans le tableau qui suit, le seuil critique au CDI correspond à un score supérieur à 19, qui peut être abaissé à un score supérieur à 13 chez les enfants à risque de dépression (Kovacs, 1985, 1992; Matthey et Petrovski, 2002). Dans cette étude, les enfants ne présentent pas tous un état dépressif au T1 et au T2 (scores < 19). Les résultats indiquent en effet que 29,3% (T1) et 21,7% (T2) des enfants expriment des symptômes dépressifs plus élevés que leurs pairs en âge (score > 13), parmi lesquels 9,4% (T1 et T2) affichent un score supérieur à 19 (seuil critique selon Kovacs, 1985, 1992).

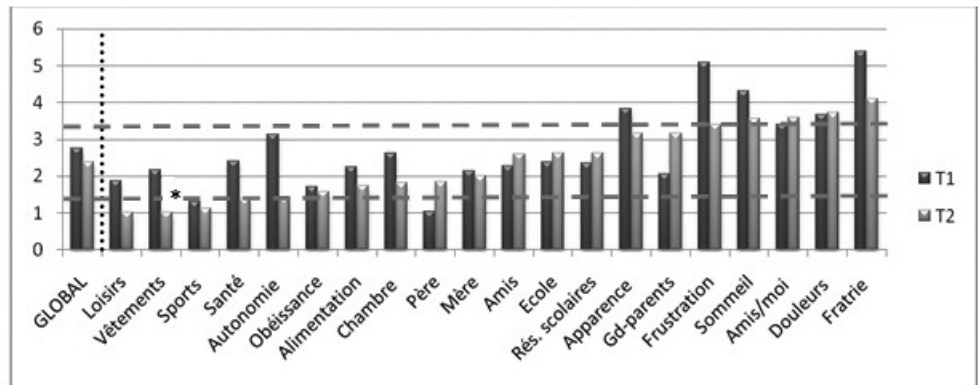
Tableau 1. Scores des symptômes dépressifs (CDI)

		Échantillon (N = 106)				Test-T
		T1		T2		
		M	σ	M	σ	
CDI	Score moyen	10,93	5,50	10,06	5,54	ns
	Score < 13	n = 75		n = 83		
Seuil vigilance > 13 (Kovacs, 1985, 1992; Matthey et Petrovski, 2002)	Score > 14 à < 18	n = 21		n = 13		
Seuil critique ³ 19 (Kovacs, 1985, 1992)	Score > 19	n = 10		n = 10		

Scores de qualité de vie

Concernant les scores de qualité de vie mesurés à l'aide de l'ISQVE©, les résultats montrent que la qualité de vie des enfants de cette étude est moyennement satisfaisante au T1 et au T2 (scores compris entre 1,60 et 3,25) (voir la figure 3). Seul le domaine *Vêtements* apparaît significativement plus satisfaisant au T2 $t(104) = 2,19$, $p < 0,03$. Concernant les domaines de vie dégradés (scores supérieurs à 3,26), cinq domaines se distinguent plus particulièrement au T1 (*Douleurs*, *Apparence physique*, *Sommeil*, *Frustration* et *Fratrie*) et quatre domaines au T2 (*Sommeil*, *Comment mes amis parlent de moi*, *Douleurs* et *Fratrie*).

Figure 3. Profils ISQV-E© - Scores Écart pondéré [(État-But)xVxP]



Notes : Test de significativité calculé à l'aide du *t* de Student $* < 0,05$; Score proche de 0 = Qualité de Vie ↗
 QV satisfaisante = 0 à 1,59 ; QV peu satisfaisante = 1,60 à 3,25 ; QV insatisfaisante = 3,26 à 10,18

Rappelons que les difficultés d'atteinte de buts valorisés par les enfants ne sont pas nécessairement dépendantes les unes des autres et peuvent contribuer de manière très différente aux symptômes dépressifs des enfants. Par ailleurs, il n'est pas certain que ce sont les domaines les plus détériorés, tels qu'ils sont exprimés dans ce graphique, qui impactent le plus les symptômes dépressifs des enfants de cette étude au T1 comme au T2. C'est dans cette perspective d'analyse que se situent les analyses multivariées menées ci-après.

Études des liens entre les difficultés d'atteinte des buts valorisés par l'enfant et les symptômes dépressifs

Différents niveaux d'analyse ont été testés afin d'examiner, à un an d'intervalle (T1 et T2), la nature des liens entre les difficultés d'atteinte des buts valorisés par l'enfant et les symptômes dépressifs.

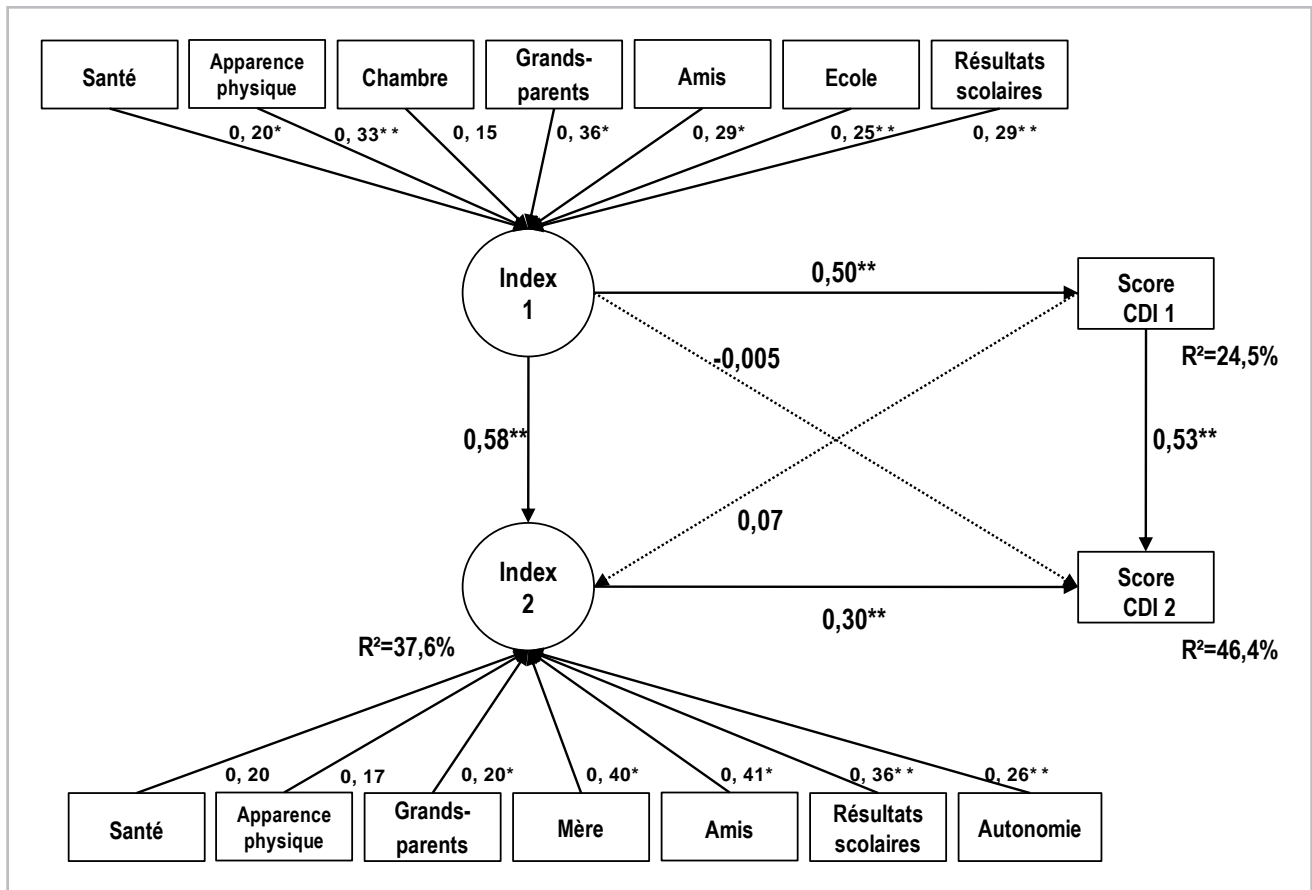
Un premier niveau d'analyse a tout d'abord cherché à mettre au jour les domaines de vie susceptibles de constituer l'*index 1* de difficultés d'atteinte des buts valorisés par les enfants au T1, susceptible d'avoir la meilleure influence possible sur les symptômes dépressifs au T1 ainsi qu'au T2.

Ce premier niveau d'analyse montre que l'*index 1* prend en compte seul 24,8% de la variance des scores des symptômes dépressifs au T1 (CDI 1) et 18,2% de la variance des scores des symptômes dépressifs au T2 (CDI 2). Sept domaines de vie sur vingt retenus forment cet *index 1*: *Santé, Apparence physique, Chambre, Grands-parents, Amis, École* et *Résultats scolaires*. Le choix de ces sept domaines s'est fait en fonction de la contribution de chaque VM à l'*index 1* et de leur capacité de prédiction des scores de dépression au T1 et au T2 mis à jour par le calcul du VIP (*variable importance in projection*; Chong et Jun, 2005; Tenenhaus, 1998). Nous avons ainsi retenu les VM dont le VIP était supérieur à 1 (Chong et Jun, 2005).

Puis, à un deuxième niveau d'analyse, nous avons construit l'*index 2*, issu des difficultés d'atteinte des buts au T2 ressenties par les enfants, qui soit le plus prédictif des symptômes dépressifs au T2 en tenant compte de l'influence de l'*index 1*. Sept nouveaux domaines de vie sur vingt ont été retenus pour former l'*index 2* (VIP > 1): *Santé, Apparence physique, Grands-parents, Mère, Amis, Résultats scolaires* et *Autonomie*. Les domaines de vie n'ont pas été fixés de manière identique entre T1 et T2 du fait que notre modèle est exploratoire. Nous avons donc laissé varier les domaines de vie en jeu dans la compréhension des symptômes dépressifs sans aucune hypothèse *a priori* sur les indicateurs constitutifs de ces deux index.

Au troisième et dernier niveau d'analyse, nous avons cherché à identifier les liens les plus prédictifs des symptômes dépressifs, d'une part à partir de l'*index 1* au temps T1 et, d'autre part, à partir de l'*index 1* et de l'*index 2* pour le temps T2. Dans le même temps, nous nous sommes intéressés à l'effet réciproque des symptômes dépressifs au T1 sur les difficultés d'atteinte des buts valorisés au T2 (*index 2*) (voir la figure 4). L'approche par modélisation PLS ne fournissant pas d'indice global d'ajustement du modèle, ce sont les coefficients de régression testés par *bootstrapping* sur 1 000 échantillons et l'importance du pourcentage de variance expliquée des variables endogènes ($R^2 > 20\%$ traduisant un effet important des prédicteurs; Rouanet et Corroyer, 1994) qui constituent nos critères d'appréciation de celui-ci.

Figure 4. **Modèle structural complet des liens entre les index 1 et 2 et l'évaluation de la souffrance dépressive au T1 et au T2**



Notes: Test de significativité calculé à l'aide du t de Student avec erreur type issue d'un Bootstrapping (n=1000 échantillons), lecture du ddl à n-1 ; * < .05, ** < .01.

Ainsi en considérant ces trois prédicteurs (CDI1, *index 1* et 2) des symptômes dépressifs au T2 (CDI 2), on observe une prise en compte cumulée de 46,4 % de la variance expliquée de cette dernière. La difficulté d'atteinte des buts valorisés par les enfants au T2 (*index 2*) est également bien expliquée dans ce modèle par l'*index 1* (37,6 % de la variance expliquée), de même que pour des symptômes dépressifs au T1 par ce même *index 1* ($R^2 = 24,5\%$).

Mais ce troisième niveau d'analyse révèle surtout que la difficulté d'atteinte des buts valorisés par les enfants au T1 (*index 1*) n'agit pas directement sur les scores de dépression au T2 (CDI 2). En effet, lorsque les scores de dépression au T1 (CDI 1) sont pris en compte dans l'analyse, il n'existe pas de lien significatif entre l'*index 1* et le CDI 2 ($b = -0,005$; $t(999) = -0,05$; ns). Ce qui signifie que la prédiction des symptômes dépressifs au T2 (CDI 2) dépend essentiellement de la difficulté d'atteinte des buts

valorisés par les enfants au T2 (*index 2*; $b = 0,30$; $t(999) = 2,62$; $p < 0,01$) et du niveau des symptômes dépressifs exprimés au T1 (CDI 1; $b = 0,53$; $t(999) = 6,02$; $p < 0,01$). On pourra néanmoins noter qu'il existe un effet indirect significatif de cette difficulté d'atteinte des buts valorisés par les enfants au T1 (*index 1*) sur CDI2, mais à travers l'alimentation des difficultés au T2 ($b_{\text{effet indirect}} = b_{\text{index1-index2}} \times b_{\text{index2-CDI2}} = 0,58 \times 0,30 = 0,17$; $t(999) = 2,79$; $p < 0,01$).

Enfin, si la difficulté d'atteinte des buts valorisés par les enfants au T2 (*index 2*) reste sous la dépendance de la difficulté d'atteinte des buts valorisés par les enfants au T1 (*index 1*; $b = 0,58$; $t(999) = 5,30$; $p < 0,01$), elle se révèle, par contre, totalement indépendante du niveau de manifestations dépressives exprimées au T1 (CDI1; $b = 0,07$; $t(999) = 0,68$; ns).

Discussion

Cette étude avait pour objectif d'identifier les domaines de vie de l'ISQV-E® les plus à même de rendre compte des tracas quotidiens à l'âge scolaire. Elle avait également pour but de vérifier la valeur prédictive de ces tracas sur la santé psychologique (symptômes dépressifs) des enfants, un an après une première évaluation.

L'approche PLS a tout d'abord permis de retenir, parmi les 20 domaines de vie évalués à l'aide de l'ISQV-E®, sept domaines perçus comme difficiles d'accès par les enfants de cette étude à chaque entretien, dont cinq domaines communs aux deux entretiens: *Santé*, *Apparence physique*, *Grands-parents*, *Amis* et *Résultats scolaires*. Parmi ces tracas, les difficultés liées à la vie scolaire sont certes mentionnées à travers les relations avec les *Amis* et les *Résultats scolaires*, mais elles ne représentent pas les seules préoccupations des enfants d'âge scolaire. D'autres domaines de vie, comme les relations avec les *Grands-parents* (et plus exactement l'absence de ce type de relations), l'*Apparence physique* ou encore la *Santé* préoccupent également les enfants de cette étude. Concernant l'absence de relations avec les *Grands-parents*, si au cours des entretiens les enfants ont parfois évoqué l'éloignement géographique, ils ont aussi fait état de leurs difficultés à rester en lien avec leurs aïeux en raison d'une recomposition familiale ou, plus fréquemment encore, de mésententes entre parents et grands-parents. Ce faisant, les difficultés exprimées par les enfants de cette étude rejoignent l'inquiétude perçue par les grands-parents d'aujourd'hui quant à leur place et à leur rôle auprès de leurs petits-enfants (Billé, 2002, 2007), que Péricone (2013) résume comme suit: être des grands-parents parfaits, c'est être... « *présents et efficaces quand on a besoin d'eux et discrets, voire invisibles, le reste du temps* » (Péricone, 2013, p. 85).

Au sujet de l'*Apparence physique*, les enfants de cette étude ont très rarement évoqué dans les entretiens l'existence de moqueries ou de quolibets de la part de leurs camarades pour expliquer leurs difficultés sur ce plan, ni décrit explicitement cette préoccupation comme une violence morale subie de leurs pairs, alors même que les railleries liées à l'apparence sont généralement observées en fin de primaire et au collège (Ministère de l'Éducation nationale, 2013). Par contre, ils ont semblé

plus préoccupés par leur propre apparence physique subjective, notamment au sujet de leur poids, de leur taille, de la couleur ou du type de leurs cheveux, etc., se déclarant pour la plupart insatisfaits de l'image qu'ils projettent. Confortant ainsi l'idée que, pour bon nombre d'enfants d'âge scolaire, la construction de soi se révèle déjà très sensible aux normes sociales d'attirance physique, affectant subtilement ou explicitement leur perception de leur propre image corporelle (Clay, Vignoles et Dittmar, 2005; Dittmar, Halliwell, et Ive, 2006). Pour ce qui est à présent du domaine de vie lié à la Santé, il a été décrit comme dégradé par les enfants de l'étude, sans que ces derniers puissent pour autant rendre compte de la nature et des raisons de ces problèmes de santé. Rappelons que, conformément aux critères d'inclusion retenus pour cette étude, aucun des enfants inclus dans cette étude n'avait eu ni ne vivait l'expérience d'une maladie grave ou chronique et que, par ailleurs, aucune épidémie saisonnière (de type grippe ou gastro-entérite...) ne sévissait au moment des deux entretiens. Précisons aussi qu'en même temps que l'on formule l'énoncé *parfois tout va bien, parfois il m'arrive d'être malade*, on montre une planche de dessin où un enfant est alité avec un thermomètre en bouche, en présence d'un matériel médical (ordonnance, stéthoscope, gélules, flacon). Ce qui signifie que le domaine de vie *Santé* n'est pas assimilé ici aux symptômes dépressifs. Par ailleurs, un autre domaine de vie mesure la douleur physique (à l'aide d'une planche sur laquelle figure le dessin d'un enfant assis au genou écorché, un autre se tenant le bras, etc.), écartant l'ambiguïté entre douleur et santé. Cette inquiétude concernant les problèmes de santé exprimés par les enfants de cette étude soulève par conséquent deux questions: Les enfants ont-ils surévalué leurs problèmes réels de santé? Ou bien ont-ils révélé leur crainte d'être confrontés à ce risque? Ces données portent d'autant plus à s'interroger que la dernière enquête internationale sur la santé des jeunes (Currie *et al.*, 2012), menée auprès de 39 pays d'Europe et d'Amérique du Nord, avance qu'ils se perçoivent comme étant en bonne santé.

Notons enfin que l'approche exploratoire caractéristique de l'approche PLS a également fait ressortir de nouveaux domaines de vie lors du deuxième entretien (mené à un an d'écart avec le premier). Ainsi, en plus des cinq tracas stables dans le temps évoqués *supra*, deux nouveaux domaines se sont révélés portant respectivement sur la quête d'*Autonomie* et les relations avec la *Mère*. Ces nouveaux domaines suggèrent que les enfants de cette étude pourraient être déjà animés par de nouveaux désirs et de nouvelles préoccupations, qu'ils expriment par ces premières demandes et formes d'émancipation, typiques en effet de cette période charnière de développement marquant l'entrée dans l'adolescence (Delhaye, Kempnaers, Burton, Goossens et Linkowski, 2011). Cette quête d'émancipation est généralement vécue plus douloureusement par les mères que par les pères, avec pour incidence une présence accrue et inquisitrice des mères auprès de leur enfant (Pommereau, 2010), ce qui pourrait sans doute expliquer les tensions exprimées par les enfants de cette étude à l'égard de leur mère.

Pour terminer, le modèle structural issu de l'approche PLS a également permis de montrer que certaines difficultés perçues par les enfants au T1 prédisent celles ressenties au T2, tant sur le plan des tracas que des symptômes dépressifs. Les

enfants d'âge scolaire n'ont en effet encore qu'un contrôle partiel de leur vie et de leurs choix de vie. Ils sont encore très dépendants de leur environnement social (parents, enseignants...). De fait, certaines crispations exprimées au T1 dans certains domaines de vie risquent de perdurer si aucun changement de l'environnement n'est observé ou perçu comme suffisant par l'enfant. Pour d'autres, en revanche, les tensions seraient plus directement l'expression de changements liés à un remaniement psychologique identitaire lié à l'entrée dans la période adolescente. Quant à l'influence des tracas quotidiens sur les symptômes dépressifs, l'approche PLS a montré que les tracas exprimés au T1 ont une incidence directe sur les symptômes dépressifs ressentis au T1, de même que les stressors révélés au T2 ont une influence directe sur les symptômes dépressifs perçus au T2. Toutefois, les tracas énoncés au T1 n'ont aucun effet sur les symptômes dépressifs manifestés au T2, sauf à considérer un effet indirect à travers les tracas au T2. Ce qui signifie que dans cette étude les tracas quotidiens ont principalement des effets proximaux (c.-à-d. à court terme) sur les symptômes dépressifs ressentis, mais ne constituent pas pour autant un fardeau dans le temps.

Finalement, l'évaluation de la difficulté d'atteindre des buts valorisés par les enfants, mesurés ici à l'aide des domaines de vie de l'ISQVE©, semble constituer un indicateur intéressant pour apprécier la nature des tracas quotidiens à l'âge scolaire, d'une part, et prédire les symptômes dépressifs à court terme, d'autre part. Concernant plus particulièrement la nature du stress à l'école, le domaine de vie qui renseigne de manière directe et immédiate des difficultés en termes d'atteinte de buts au T1 et au T2 renvoie aux résultats scolaires. Les échanges avec les enfants ont d'emblée permis d'écarter l'idée qu'il s'agissait ici de difficultés liées à une situation d'échec scolaire. Ces échanges ont plutôt permis de mettre au jour des difficultés liées à la notion de stress de performance, un stress qui est apparu dans cette étude croissant avec le temps. Parfois, ce sont les enfants eux-mêmes qui se mettaient une telle pression, parfois ce sont les demandes institutionnelle ou parentale qui mettaient l'enfant en situation de stress, en raison de demandes de performance perçues comme trop élevées et exigeantes par les enfants.

Il est également intéressant de noter que les difficultés rencontrées par les enfants de cette étude ne sont pas nécessairement cumulatives dans le temps (évaluées ici à un an d'intervalle) et qu'elles n'entraînent pas non plus fatalement une souffrance psychologique permanente. Néanmoins, cette étude a établi que les domaines de préoccupation étaient vastes, et pouvaient se situer à distance de la vie scolaire, comme celles révélées par les domaines en lien avec les relations avec les *Grands-parents* ou la *Santé*. En d'autres termes, la recherche de l'étiologie des symptômes dépressifs chez les enfants d'âge scolaire doit conduire à une attention toute particulière de la part des praticiens aux différents domaines de vie, y compris à ceux apparemment éloignée de la vie scolaire, comme ceux mentionnés plus haut. Toutefois, la préoccupation des enfants de cette étude exprimée à l'égard du domaine Santé nous a interpellés. Dans cette perspective, une prochaine étude est envisagée afin de répliquer ces résultats, en ayant recours cette fois à une étude comparative menée avec des enfants d'âge scolaire ayant eu des problèmes de santé sérieux.

Pour finir, trois limites majeures sont à déplorer dans la présente étude. La première est que le stress à l'école pourrait trouver une explication de manière indirecte à travers certains domaines de vie, comme les relations avec les amis et l'apparence physique, tels que révélés dans la présente étude. Or, le format de notre étude n'a pas permis d'examiner plus en avant l'influence probable de ces domaines sur le stress à l'école. Une approche qualitative mériterait d'être envisagée pour déterminer la part d'influence de tels facteurs sur le stress à l'école, comparativement à celle exprimée par le stress de performance. La deuxième limite est que, comme pour toute évaluation auprès d'enfants d'âge scolaire, le recours à l'ISQVE© lors d'un entretien en face à face a pu constituer un biais de désirabilité sociale. En effet, il n'est pas improbable que les enfants de cette étude aient eu tendance à vouloir se présenter sous un meilleur jour en modifiant ou en nuancant leurs réponses. Cet aspect devra être pris en considération dans les études à venir. Enfin, dans cette étude, la difficulté d'atteindre des buts valorisés par l'enfant a d'emblée été envisagée comme une possibilité d'expression des tracas quotidiens. Il reste par conséquent à examiner et à vérifier si les difficultés d'atteinte des buts valorisés par l'enfant, telles qu'évaluées par l'ISQVE©, expriment de la même façon les tracas quotidiens tels que ceux évalués à l'aide de l'échelle *Children Hassles Scale*, par exemple.

Références bibliographiques

- ALDWIN, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- BILLÉ, M. (2002). À quoi servent les grands-parents? *Dialogue*, n° 158, 3-10.
- BILLÉ, M. (2007). Ruptures, crises et réorganisations familiales. *Gérontologie et société*, 2(121), 73-84.
- BOBO, J. K., GILCHRIST, L. D., ELMER, J. F., SNOW, W. H., SCHINKE, S. P. (1986). Hassles, role strain, and peer relations in young adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 6(4), 339-352.
- BOEKAERTS, M. (1996). Coping with stress in childhood and adolescence. Dans M. Zeidner et N. Endler (dir.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (p. 452-484). New York, NY: John Wiley and Sons.
- BOUVARD, M. (2008). *Échelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent*. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier/Masson.
- BYRNE, D. G., THOMAS, K. A., BURCHELL, J. L., OLIVE, L. S. et MIRABITO, N. (2011). Stressor experience in primary school-aged children: Development of a scale to assess profiles of exposure and effects on psychological well-being. *International Journal of Stress Management*, 18(1), 88-111.

- CARTER, J. S., GARBER, J., CIESLA, J. A. et COLE, D. A. (2006). Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: A four-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 428-442.
- CHONG, I. G. et JUN, C. H. (2005). Performance of some variable selection methods when multicollinearity is present. *Chemometrics and Intelligent Laboratory Systems*, 78(1-2), 103-112.
- CLAY, D., VIGNOLES, V. et DITTMAR, H. (2005). Body image and self-esteem among adolescent girls: Testing the influence of sociocultural factors. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 451-477.
- COMPAS, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- COMPAS, B. E., CONNOR-SMITH, J. K., SALTZMAN, H., THOMSEN, A. H. et WADSWORTH, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- COMPAS, B. E., MALCARNE, V. L. et FONDACARO, K. M. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 405-411.
- CORROYER, D. et ROUANET, H. (1994). Sur l'importance des effets et des indicateurs dans l'analyse statistique des données. *L'Année psychologique*, 94, 607-624.
- COURTOIS, R., RÉVEILLÈRE, C., PAÛS, A., BERTON, L. et JOUINT, C. (2007). Liens entre stressseurs, santé psychique et premières consommations de tabac et d'alcool à la préadolescence. *L'encéphale*, 33, 300-309.
- CURRIE, C., ZANOTTI, C., MORGAN, A., CURRIE, D. DE LOOZE, M., ROBERTS, C. ... et BARNEKOW, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhague, Danemark, WHO Regional Office for Europe (Health Policy for Children and Adolescents, N° 6).
- DELHAYE, M., KEMPENAERS, C., BURTON, J., GOOSSENS, L. et LINKOWSKI, P. (2011). Réflexions sur le concept de détachement adolescentaire, *Annales médico-psychologiques*, 169(4), 215-220.
- DITTMAR, H., HALLIWELL, E. et IVE, S. (2006). Does Barbie make girls want to be thin? The effect of experimental exposure to images of dolls on the body image of 5-to 8-year-old girls. *Developmental Psychology*, 42(6), 283-292.
- DUMONT, M. (2000). Expérience du stress à l'adolescence. *Journal international de psychologie*, 35(5), 194-206.
- DUMONT, M., TARABULSY, G. M., GAGNON, J., TESSIER, R. et PROVOST, M. (1998). Validation française d'un inventaire de micro-stresseurs de la vie quotidienne. Combinaison du « Daily Hassles Scale » et du « Uplifts Scale ». *Journal international de psychologie*, 33(1), 57-71.

- DUMONT, M., LECLERC, C. et DESLANDES, R. (2003). Ressources personnelles et détresse psychologique en lien avec le rendement scolaire et le stress chez des élèves de quatrième secondaire. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(3), 254-267.
- DUPUIS, G., TAILLEFER, M.-C., RIVARD, M. J., ROBERGE, M.-A. et ST-JEAN, K. (2001). Quality of Life Systemic Inventory (QLSI): Sensitivity to change and psychometric characteristics. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, suppl., 160.
- EMMONS, R. A. (1996). Striving and feeling. Personal goals and subjective well-being. Dans P. Gollwitzer et J. Bargh (dir.), *The psychology of action. Linking cognition and motivation to behavior* (p. 312-337). New York, NY: The Guilford Press.
- ÉTIENNE, A.-M., DUPUIS, G., SPITZ, E., LEMÉTAYER, F. et MISSOTTEN, P. (2010). The gap concept as a quality of life measure: Validation study of the Quality of Life Systemic Inventory for Children. *Social Indicators Research*, 100(2), 241-257.
- GUILLET, L. et HARMAND, D. (2006). Critique de la mesure du stress. *L'Année psychologique*, 106, 129-164.
- HAIR, J. F., HULT, G. T., RINGLE, C. M. et SARSTEDT, M. (2014). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- HOLM, J. E. et HOLROYD, K. A. (1992). The Daily Hassles Scale (revised): Does it measure stress or symptoms? *Behavioural Assessment*, 14, 465-482.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE) (2003). *Guide PCS-2003*. Récupéré de http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/pcses/pcses2003/doc/Guide_PCS-2003.pdf
- JENKINS, S. K., REW, L. et STERNGLANZ, R. W. (2005). Eating behaviors among school-age children associated with perceptions of stress. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28(3), 175-191.
- KANNER, A. D., COYNE, J. C., SCHEAFER, C. et LAZARUS, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus Major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1-39.
- KANNER, A. D., FELDMAN, S. S., WEINBERGER, D. A. et FORD, M. E. (1987). Uplifts, hassles and adaptional outcomes in early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 7(4), 371-394.
- KOVACS, M. (1985). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21(4), 995-998.
- KOVACS, M. (1992). *The Children's Depression Inventory*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- LAZARUS, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.

- LECCI, L., KAROLY, P., RUEHLMAN, L. S. et LANYON, R. I. (1996). Goal-relevant dimensions of hypochondriacal tendencies and their relation to symptom manifestation and psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(1), 42-52.
- LUTHAR, S. S. (dir.) (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, Royaume-Uni: University Press.
- MACK, C. et MOOR, L. (1982). Versions françaises d'échelles d'évaluation de la dépression. II. Les échelles CDI et ISC de Maria Kovacs. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 30(10-11), 627-652.
- MATTHEY, S. et PETROVSKI, P. (2002). The children's depression inventory: Error in cutoff scores for screening purposes. *Psychological Assessment*, 14(2), 146-149.
- McLEAN, P. (1976). Depression as a specific response to stress. Dans I. G. SARASON et C. D. SPIELBERGER (dir.), *Stress and anxiety* (p. 297-323), Washington, DC: Hemisphere.
- MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE (2013). *Le harcèlement entre élèves: le reconnaître, le prévenir, le traiter*. Paris, France: Direction générale de l'enseignement secondaire.
- MISSOTTEN, P., ÉTIENNE, A.-M. et DUPUIS, G. (2007). La qualité de vie infantile. État actuel des connaissances. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive*, 14(4), 16-27.
- PÉRICONE, N. (2013). Chacun cherche sa place. Grands-parents/petits-enfants, ce lien fort et discret dans la famille recomposée. *Dialogue*, 3(201), 83-94.
- PERRUDET-BADOUX, A. (1987). Les facteurs de stress. Les problèmes que pose leur évaluation. *Cahiers d'anthropologie et biométrie humaine*, 5(3-4), 187-204.
- PLANCHEREL, B. (2001). Le stress psychologique. Dans M. DUMONT et B. PLANCHEREL (dir.), *Stress et adaptation chez l'enfant* (p. 11-27). Québec, Canada: Presses de l'Université du Québec.
- PLANCHEREL, B., BETTSCHART, W., BOLOGNINI, M., DUMONT, M. et HALFON, O. (1997). Influence comparée des événements existentiels et des tracas quotidiens sur la santé psychique à la pré-adolescence. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 45(3), 126-138.
- PLANCHEREL, B., CAMPARINI, N., BOLOGNINI, M. et HALFON, O. (2000). Les stratégies d'ajustement au stress chez les préadolescents. Évaluation à partir d'un entretien clinique semi-structuré et du questionnaire A-COPE. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 50(1), 175-185.
- POMMERAU, X. (2010). *Ados en vrille, Mères en vrac*. Paris, France: Albin Michel.
- RÉVEILLÈRE, C. et COURTOIS, R. (2007). Tracas et événements de vie. Impact sur la santé psychique à la préadolescence. *Revue francophone du stress et du trauma*, 7(3), 193-204.

- RYAN-WENGER, N. A., SHARRER, V. W. et CAMPBELL, K. K. (2005). Changes in children's stressors over the past 30 years. *Pediatric Nursing*, 31(4), 282-291.
- SHARRER, V. W. et RYAN-WENGER, N. A. (2002). School-age children's self-reported stress symptoms. *Pediatric Nursing*, 28(1), 21-27.
- SKYBO, T. et BUCK, J. (2007). Stress and coping responses to proficiency testing in school-age children. *Pediatric Nursing*, 33(5), 410-413.
- STRINE, T., OKORO, C., MCGUIRE, L. et BALLUZ, L. (2006). The associations among childhood headaches, emotional and behavioral difficulties, and health care use. *Pediatrics*, 117(5), 1728-1735.
- TENENHAUS, M. (1998). *La régression PLS. Théorie et pratique*. Paris, France: Technip.
- TENENHAUS, M., VINZI, V. E., CHATELIN, Y.-M. et LAURO, C. (2005). PLS path modelling. *Computational Statistics and Data Analysis*, 48, 159-205.
- THOMSEN, A. H., COMPAS, B. E., COLLETTI, R. B., STANGER, C., BOYER, M. C. et KONIK, B. S. (2002). Parent reports of coping and stress responses in children with recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(3), 215-226.
- WAGNER, B. M., COMPAS, B. E. et HOWELL, D. C. (1988). Daily and major events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16(2), 189-205.
- WHITE, K. S. et FARRELL, A. D. (2005). Anxiety and psychosocial stress as predictors of headache and abdominal pain in urban early adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(6), 582-596.
- XLStat (Addinsoft) (version 2011.2.05). Récupéré de <http://www.xlstat.com/fr/addinsoft/societe.html>