

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps. Each original is also photographed in one exposure and is included in reduced form at the back of the book.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.



Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA
800-521-0600

NOTE TO USERS

This reproduction is the best copy available.

UMI



Université d'Ottawa • University of Ottawa

**Perception de soi et du réseau social
chez les adolescents atteints d'épilepsie**

**Thèse présentée
à l'École des Études supérieures et
de la recherche de l'Université d'Ottawa,
en vue de l'obtention du
Doctorat en Psychologie clinique**

Par

Marie Pelletier



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

Our file Notre référence

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

The author retains ownership of the copyright in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur qui protège cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

0-612-38793-3

Canada

À ma mère,
Pour son courage, son amour
et son dévouement

Remerciements

Ce projet n'aurait pas pu voir le jour et être complété avec succès sans l'appui de nombreuses personnes.

Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de thèse, Ian Manion, pour son support constant, sa disponibilité, ses conseils judicieux, son enthousiasme et sa patience. Il m'a légué un bagage précieux, tant sur le plan personnel que professionnel, et je lui en serai toujours très reconnaissante.

Je remercie également les organismes qui m'ont apporté leur soutien financier au cours de mes études de doctorat: l'Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, les Fonds pour la formation de chercheurs et l'aide à la recherche ainsi que l'École des Études supérieures et de la recherche de l'Université d'Ottawa.

Je désire aussi remercier les membres de mon comité de thèse qui m'ont épaulée tout au long de ma démarche. Grâce à son expertise dans le domaine de l'adolescence, Pierre Baron a contribué à l'ébauche de mon projet de thèse. Je tiens notamment à remercier Louise Lemyre qui a accepté de prendre la suite du Dr. Baron et de se joindre à mon comité de thèse à un moment où elle était surchargée. J'ai grandement apprécié ses suggestions

quant à l'exploitation de mes données et à leur interprétation. Barry Schneider, quant à lui, s'est avéré une aide précieuse lors de la sélection des instruments de mesure et de la lecture de mon manuscrit. Enfin, Robert Flynn m'a permis de clarifier mes analyses de données, particulièrement en ce qui concerne les régressions. Je désire aussi remercier mon examinateur externe, Michel Claes, qui a été l'instigateur de mon intérêt pour le développement chez l'adolescent lors des premiers cours qu'il m'a enseignés dans ce domaine.

Je ne saurais passer sous silence la précieuse collaboration des participants à cette recherche. Sans eux, cette étude n'aurait jamais pu être réalisée. Quelle aventure pour eux comme pour moi, que l'utilisation de téléavertisseurs! J'ai ainsi appris qu'un téléavertisseur pouvait fonctionner même après avoir séjourné dans la machine à laver! Qui l'aurait cru?!

Mes remerciements vont également aux Drs. Keene, Whiting, Jacob et Humphreys de la division de neurologie de l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario. Non seulement m'ont-ils référé leurs patients et ont-ils accepté de remplir des questionnaires médicaux, mais ils m'ont aussi apporté leur soutien financier lors de présentations scientifiques à des congrès internationaux. Je tiens aussi à souligner la collaboration des infirmières et secrétaires qui travaillent avec eux.

Le travail assidu de plusieurs assistants de recherche et de nombreux bénévoles a permis de mener à bien les diverses étapes de ce projet. Merci notamment à Yassemine

Cohanin, Lisa McAvoy et Anna Watters qui ont participé activement à la collecte de données. Merci aussi à tous ceux et celles qui m'ont épaulée lors de la codification et de l'entrée des données.

Je désire aussi souligner l'aide précieuse que m'ont apportée Ikuko Webster et Dwayne Schindler lors des analyses statistiques. Leur expertise dans le domaine et leurs judicieux conseils m'ont grandement servi. Je tiens à remercier plus particulièrement Dwayne Schindler d'avoir accepté de lire et de critiquer mon manuscrit ainsi que de s'être toujours montré disponible afin de répondre à mes nombreuses questions.

A special appreciation goes to Pauline Carr for her incredible support and dedication to this project, as well as for her friendship and constant encouragements throughout this long adventure. "I hope that I will have the privilege to work with you again Pauline. It was such a pleasure!"

Mes vifs remerciements vont également à tous mes amis qui, de près ou de loin, m'ont fourni leur soutien. Ils ont su se montrer compréhensifs et plein d'attentions à mon égard dans les bons comme dans les mauvais jours. Je leur en suis très reconnaissante.

Enfin, je tiens à remercier de façon toute particulière les divers membres de ma famille qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont encouragée dans mon travail, que ce soit en me donnant l'exemple par leurs propres accomplissements ou en étant simplement présents

lors des moments importants de ce long parcours. Une pensée spéciale va à ma mère à qui je dédie cette thèse, de même qu'à mon père qui n'a malheureusement pas pu voir l'aboutissement de mon travail.

Table des matières

Dédicace	ii
Remerciements	iii
Liste des tableaux	x
Liste des figures	.xiii
Liste des appendices	.xv
Résumé	xvii
Introduction	
Définition de l'épilepsie	4
Prévalence et incidence de l'épilepsie	5
Traitements de l'épilepsie et effets secondaires	6
Déroulement de l'adolescence chez les jeunes atteints d'épilepsie	8
Etudes sur le concept de soi chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie	9
Etudes sur les problèmes émotifs chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie	12
Etudes sur les problèmes comportementaux chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie	17
Etudes sur les compétences sociales et les interactions avec les pairs chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie	20
Etudes sur les interactions au sein des familles des enfants et des adolescents atteints d'épilepsie	26
Facteurs prédicteurs du fonctionnement psychosocial chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie	29
Facteurs socio-démographiques prédicteurs du fonctionnement psychosocial chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie	30
Statut socio-économique.	30
Age de l'adolescent.	32
Sexe de l'adolescent.	33
Facteurs environnementaux prédicteurs du fonctionnement psychosocial chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie	37
Perceptions des relations familiales.	37
Perceptions des relations avec les pairs.	39

Facteurs médicaux prédicteurs du fonctionnement psychosocial chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie	42
Type de crises épileptiques.	42
Age d'apparition des premières crises d'épilepsie.	43
Fréquence et niveau de contrôle des crises épileptiques.	43
Traitements de l'épilepsie et effets secondaires.	44
Visibilité des crises épileptiques.	46
Absentéisme scolaire.	47
Modèle théorique du fonctionnement psychosocial chez les adolescents atteints d'épilepsie	48
Objectifs généraux	51
Hypothèses	52
Questions de recherche	54
Méthode	58
Sujets	58
Groupe clinique.	58
Groupe de comparaison.	59
Procédure	60
Recrutement.	60
Evaluations.	64
Instruments de mesure	65
Instruments de mesure administrés aux neurologues.	65
Instruments de mesure administrés aux adolescents.	65
Instruments de mesure administrés aux parents.	75
Aspect déontologique	77
Schème expérimental	78
Analyses statistiques	79
Résultats	84
Première partie: Analyses préliminaires	84
Comparaisons entre les adolescents atteints d'épilepsie qui ont participé et ceux qui ont refusé	84
Comparaisons des variables socio-démographiques du groupe clinique et du groupe de comparaison	88
Deuxième partie: Vérification des hypothèses et questions de recherche	96
Comparaison du fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie et des adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 1)	96
Hypothèse 1a.	96
Hypothèse 1b.	96
Hypothèse 1c.	101
Hypothèse 1d.	106

Comparaison de la perception des relations entretenues avec les pairs chez les adolescents atteints d'épilepsie et les adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 2)	109
Hypothèse 2a.	109
Hypothèse 2b.	110
Comparaison de la perception des relations entretenues avec la famille chez les adolescents atteints d'épilepsie et les adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 3)	112
Hypothèse 3a.	112
Hypothèse 3b.	113
Prédiction du fonctionnement psychosocial à partir des facteurs socio-démographiques (question de recherche 1)	120
Prédiction du fonctionnement psychosocial à partir de facteurs reliés à l'environnement social de l'adolescent (question de recherche 2)	132
Question de recherche 2a.	132
Question de recherche 2b.	146
Prédiction du fonctionnement psychosocial à partir de facteurs médicaux (question de recherche 3)	158
Prédiction du fonctionnement psychosocial à partir du concept de soi	172
Prédiction du concept de soi et de chacune des variables reflétant le fonctionnement psychosocial à partir de l'ensemble des facteurs prédictors des questions de recherche 1 à 3	180
Discussion	201
Caractéristiques de l'échantillon	202
Perception du fonctionnement psychosocial chez l'adolescent atteint d'épilepsie (hypothèse 1)	207
Perception des relations entretenues avec les pairs (hypothèse 2)	217
Perception des relations entretenues avec la famille (hypothèse 3)	220
Facteurs prédictors du fonctionnement psychosocial (questions de recherche 1 à 3)	224
Facteurs socio-démographiques prédictors du fonctionnement psychosocial des adolescents	225
Facteurs environnementaux prédictors du fonctionnement psychosocial des adolescents	229
Facteurs médicaux prédictors du fonctionnement psychosocial des adolescents	235
Concept de soi et fonctionnement psychosocial	239
Limites de la recherche	241
Implications théoriques et cliniques	243
Références	249
Appendices	264

Liste des tableaux

Tableau 1	
Résultats des tests t et chi-carrés concernant les variables démographiques des adolescents atteints d'épilepsie qui ont participé et de ceux qui ont refusé (N = 114)	85
Tableau 2	
Résultats des tests t et chi-carrés concernant les variables médicales des adolescents atteints d'épilepsie qui ont participé et de ceux qui ont refusé (N = 114)	86
Tableau 3	
Résultats des tests t et chi-carrés concernant les variables socio-démographiques des participants du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 140)	89
Tableau 4	
Résultats des tests chi-carrés concernant les problèmes de comportement se trouvant dans le créneau clinique chez les sujets du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 140)	102
Tableau 5	
Résultats des tests chi-carrés concernant les niveaux de compétences sociales se trouvant dans le créneau clinique chez les sujets du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 140)	107
Tableau 6	
Résultats des tests chi-carrés concernant le fonctionnement académique et professionnel chez les sujets du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 140)	108
Tableau 7	
Corrélations de Pearson entre les problèmes émotifs et les facteurs socio-démographiques (N = 134)	123
Tableau 8	
Corrélations de Pearson entre les problèmes comportementaux et les facteurs socio-démographiques (N = 134)	125
Tableau 9	
Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant les compétences sociales à partir des facteurs socio-démographiques (N = 130)	127
Tableau 10	
Resumé de la régression hiérarchique prédisant le concept de soi à partir des facteurs socio-démographiques (N = 133)	129

Tableau 11	
Corrélations de Pearson entre les problèmes émotifs et les facteurs reliés aux perceptions des relations avec les pairs (N = 136)	136
Tableau 12	
Corrélations de Pearson entre les problèmes comportementaux et les facteurs reliés aux perceptions des relations avec les pairs (N = 136)	138
Tableau 13	
Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant les compétences sociales à partir des facteurs reliés aux perceptions des relations avec les pairs (N = 133)	140
Tableau 14	
Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant le concept de soi à partir des variables reliées aux perceptions des relations avec les pairs (N = 136)	143
Tableau 15	
Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant la présence de problèmes émotifs à partir des facteurs familiaux (N = 140)	149
Tableau 16	
Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant la présence de problèmes comportementaux à partir des facteurs familiaux (N = 140)	152
Tableau 17	
Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant le concept de soi à partir des facteurs familiaux (N = 139)	157
Tableau 18	
Résumé de la régression hiérarchique prédisant le concept de soi à partir des facteurs médicaux communs aux deux groupes de sujets (N = 139)	164
Tableau 19	
Corrélations de Pearson entre les problèmes émotifs et les facteurs médicaux spécifiques à l'épilepsie (N = 70)	168
Tableau 20	
Corrélations de Pearson entre les problèmes comportementaux et les facteurs médicaux spécifiques à l'épilepsie (N = 70)	169
Tableau 21	
Corrélations de Pearson entre les compétences sociales et les facteurs médicaux spécifiques à l'épilepsie (N = 66)	171

Tableau 22

Corrélations de Pearson entre le concept de soi et les facteurs médicaux spécifiques à l'épilepsie (N = 69) 173

Tableau 23

Résumé de la régression hiérarchique prédisant la présence de problèmes émotifs à partir du concept de soi (N = 139) 175

Tableau 24

Résumé de la régression hiérarchique prédisant la présence de problèmes comportementaux à partir du concept de soi (N = 139) 177

Tableau 25

Résumé de la régression hiérarchique prédisant les compétences sociales à partir du concept de soi (N = 134) 179

Tableau 26

Résumé de la régression hiérarchique prédisant la présence de problèmes comportementaux à partir de l'ensemble des facteurs prédicteurs (N = 139) 189

Tableau 27

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant les compétences sociales à partir de l'ensemble des facteurs prédicteurs (N = 135) 192

Tableau 28

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant le concept de soi à partir de l'ensemble des facteurs prédicteurs (N = 133) 197

Liste des figures

Figure 1	
Adaptation du modèle de Pless et Pinkerton (1975) sur l'adaptation à une maladie chronique durant l'enfance	50
Figure 2	
Processus de recrutement des sujets du groupe clinique	61
Figure 3	
Scores T moyens à l'échelle de problèmes de comportement (externalizing) en fonction du groupe et de la source d'information	98
Figure 4	
Scores T moyens à l'échelle de problèmes émotifs (internalizing) en fonction du groupe et de la source d'information	100
Figure 5	
Scores T moyens à l'échelle de compétences sociales en fonction du groupe et de la source d'information	105
Figure 6	
Scores T moyens à l'échelle de concept de soi global en fonction du groupe et du sexe .	131
Figure 7	
Résultats à l'échelle transformée du concept de soi global en fonction du groupe et du pourcentage de temps passé avec les pairs	145
Figure 8	
Résumé du pourcentage de la variance totale des problèmes émotifs expliqué de façon significative par chacun des facteurs du modèle théorique	181
Figure 9	
Résumé du pourcentage de la variance totale des problèmes comportementaux expliqué de façon significative par chacun des facteurs du modèle théorique	182
Figure 10	
Résumé du pourcentage de la variance totale des compétences sociales expliqué de façon significative par chacun des facteurs du modèle théorique	183
Figure 11	
Résumé du pourcentage de la variance totale du concept de soi expliqué de façon significative par chacun des facteurs du modèle théorique	184

Figure 12

Résumé du pourcentage de la variance totale du concept de soi et du fonctionnement psychosocial expliqué de façon significative par l'ensemble des facteurs du modèle théorique 199

Liste des appendices

Appendice A	
Lettre d'information des adolescents du groupe clinique	264
Appendice B	
Lettre d'information des parents du groupe clinique	267
Appendice C	
Formulaire de consentement pour les sujets du groupe clinique	271
Appendice D	
Formulaire de consentement pour les sujets du groupe de comparaison	274
Appendice E	
Questionnaire médical des neurologues	277
Appendice F	
Questionnaire médical des adolescents du groupe clinique	281
Appendice G	
Questionnaire médical des adolescents du groupe de comparaison	288
Appendice H	
List of Important People in Your Life	291
Appendice I	
Network of Relationships Inventory	300
Appendice J	
Formulaire d'auto-évaluation utilisé dans le cadre de l'Experience Sampling Method . .	315
Appendice K	
Questionnaire socio-démographique	317
Appendice L	
Questionnaire médical des parents du groupe clinique	321
Appendice M	
Questionnaire médical des parents du groupe de comparaison	329

Appendice N

Scores moyens et écart-types des variables des groupes clinique et de comparaison, selon la perspective des adolescents et de leurs parents 332

Appendice O

Description des résultats des hypothèses 1 à 3 avec le sous-échantillon de 112 sujets . . 336

Appendice P

Corrélations de Pearson entre les variables du Youth Self-Report et du Child Behavior Checklist 349

Appendice Q

Corrélations de Pearson entre les variables dépendantes du modèle théorique 351

Résumé

Une controverse règne quant à l'impact psychologique que provoque chez l'adolescent la présence d'une maladie chronique. En ce qui concerne l'épilepsie, les études tendent à démontrer que les enfants atteints de cette maladie courent des risques importants de développer des problèmes d'adaptation. Cependant, très peu de recherches ont été effectuées sur des adolescents atteints d'épilepsie.

Le fonctionnement psychosocial de 70 adolescents atteints d'épilepsie, âgés de 11 à 18 ans, a été comparé à celui de 70 adolescents sains, jumelés selon leur âge, leur sexe et leur constellation familiale. Des données concernant la perception qu'avaient les adolescents de leur fonctionnement émotif et comportemental ainsi que de leur réseau social ont été recueillies à l'aide d'instruments de mesure standardisés. La fréquence des interactions de ces adolescents avec les membres de leur réseau social a également été mesurée durant une période d'une semaine, grâce au port d'un télé-avertisseur. Des données sur le climat familial et le fonctionnement individuel des adolescents ont aussi été recueillies auprès des parents, puis comparées à celles des adolescents. Enfin, on a analysé jusqu'à quel point les facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux étaient susceptibles de prédire la perception qu'avaient les adolescents de leur fonctionnement psychosocial.

Les résultats des analyses de variance ont indiqué que de manière générale, les adolescents atteints d'épilepsie avaient une perception plus négative de leur fonctionnement psychosocial que celle de leurs pairs sains et qu'un nombre significatif d'entre eux risquaient de développer des problèmes d'ordre clinique. Ils ont aussi révélé que les adolescents des

deux groupes percevaient certains aspects de leur réseau social de manière différente et que l'étude approfondie des divers aspects quantitatifs et qualitatifs de leurs relations sociales s'avérait complexe. De plus, ils ont montré que les parents des deux groupes percevaient généralement plus de problèmes que leurs adolescents. Enfin, ces résultats ont indiqué que les adolescents atteints d'épilepsie constituaient une population hétérogène puisque tous ne présentaient pas des difficultés notoires.

Les résultats des analyses de régression multiple ont révélé que les facteurs susceptibles de prédire la perception qu'avaient les adolescents de leur fonctionnement psychosocial étaient semblables chez les adolescents atteints d'épilepsie et leurs pairs sains. De plus, ils ont indiqué que le pouvoir prédictif des différents facteurs en jeu fluctuait en fonction de la variable dépendante mesurée (concept de soi, compétences sociales, problèmes émotifs et comportementaux). Ils ont aussi fait ressortir que parmi tous les facteurs analysés, ceux qui étaient reliés à l'environnement social de l'adolescent contribuaient davantage que les facteurs socio-démographiques et médicaux à prédire le fonctionnement psychosocial. En fait, aucun des facteurs reliés aux caractéristiques spécifiques de l'épilepsie et de son traitement ne se sont avérés prédire de manière significative le fonctionnement psychosocial des adolescents atteints de cette maladie.

Lors de la discussion, l'accent est mis sur l'importance d'évaluer le fonctionnement psychosocial selon une perspective multidimensionnelle et à l'aide de plusieurs sources d'information. Puis, les implications cliniques de cette étude sont exposées ainsi que les avantages que comporte l'utilisation d'un modèle théorique afin de cerner les facteurs en cause dans la prédiction du fonctionnement psychosocial de tout adolescent.

Depuis quelques décennies, une grande controverse règne quant à l'impact psychologique que provoque chez l'adolescent la présence d'une maladie chronique. Ainsi, des chercheurs (Bywater, 1981; Cappelli et al., 1989; Drotar et al., 1981; Kellerman, Zeltzer, Ellenberg, Dash & Rigler, 1980; Noll, Bukowski, Davies, Koontz & Kulkarni, 1993; Tavormina, Kastner, Slater & Watt, 1976; Zeltzer, Kellerman, Ellenberg, Dash & Rigler, 1980) soutiennent que les adolescents atteints d'une maladie chronique ont un niveau d'adaptation psychosociale semblable à celui de leurs pairs non atteints. D'autres auteurs (Cadman, Boyle, Szatmari & Offord, 1987; Campbell, Hayden & Davenport, 1977; Gortmaker, Walker, Weitzman & Sobol, 1990; Morgan & Jackson, 1986; Orr, Weller, Satterwhite & Pless, 1984; Pless & Wadsworth, 1989; Sawyer, Rosier, Phelan & Bowes, 1995) constatent, au contraire, que la présence d'une telle maladie constitue en elle-même un obstacle au déroulement normal de l'adolescence et augmente de façon significative les risques d'apparition de problèmes psychologiques à plus ou moins long terme. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces divergences. Tout d'abord, ces auteurs ne s'entendent pas quant à la définition à donner au terme adaptation psychosociale. Comme le soulignent Bradford (1997), Perrin, Ayoub et Willett (1993), l'adaptation psychosociale est tantôt définie par la présence d'un bon concept de soi ou de compétences particulières, tantôt par l'absence de problèmes de comportement importants (symptômes de dépression, par exemple). Par conséquent, les concepts mesurés varient d'une étude à l'autre (anxiété, dépression, concept de soi, compétences sociales, par exemple). D'autre part, ces chercheurs ont fait appel à des sources d'information différentes pour recueillir leurs données

(rapport des adolescents ou des parents). De plus, ils ont utilisé des types de population et de méthodologie très diversifiées. Certains ont étudié une population clinique particulière alors que d'autres ont effectué des recherches épidémiologiques à partir d'un échantillon provenant d'une population générale. Pour ce faire, ils ont employé différents schèmes expérimentaux. Certains ont inclus un seul groupe de sujets atteints d'une maladie chronique spécifique et comparé les résultats de ce dernier aux normes des instruments de mesure qu'ils utilisaient. D'autres ont analysé l'impact de plusieurs maladies chroniques à la fois en comparant les données de leurs sujets à celles d'un groupe de comparaison formé d'adolescents ne souffrant d'aucune maladie. Enfin, plusieurs d'entre eux n'ont pas émis d'hypothèses précises, ni expliqué les fondements théoriques sur lesquels se basait leur étude (absence de modèle théorique, par exemple).

De façon plus spécifique, cette controverse subsiste en ce qui concerne l'épilepsie. Cependant, très peu de recherches ont été effectuées sur une population formée exclusivement d'adolescents atteints d'épilepsie. En fait, la plupart des études portent sur un échantillon composé uniquement d'enfants, ou incluant à la fois des enfants et des adolescents. Ces études tendent à démontrer que les enfants atteints d'épilepsie et d'autres maladies chroniques impliquant également le système nerveux central, courent plus de risques de développer des problèmes d'adaptation psychosociale, comparativement aux enfants souffrant de tout autre type de maladie chronique (Gortmaker et al., 1990; Hoare & Mann, 1994; Howe, Feinstein, Reiss, Molock & Berger, 1993; Lavigne & Faier-Routman, 1992; Perrin et al., 1993; Pless & Nolan, 1991). Il y a donc lieu de se demander si ces données s'appliquent plus particulièrement aux adolescents atteints d'épilepsie. De plus, très peu de

chercheurs ont cerné de façon rigoureuse l'ensemble des facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux susceptibles de contribuer au fonctionnement psychosocial des enfants atteints d'épilepsie. Il s'avère donc important d'analyser l'influence de ces facteurs sur le fonctionnement psychosocial des adolescents atteints de cette maladie. Le but général de la présente recherche est donc: 1) de vérifier si les adolescents atteints d'épilepsie ont une perception plus négative de leur fonctionnement psychosocial que celle de leurs pairs et 2) de cerner les facteurs susceptibles de prédire leur perception. Afin de déterminer si des différences existent entre les perceptions des adolescents atteints d'épilepsie et celles de leur pairs, un groupe de comparaison formé d'adolescents ne souffrant d'aucune maladie chronique a été utilisé. Des données concernant la perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement émotif et comportemental ainsi que de leur réseau social ont été recueillies à l'aide d'instruments de mesures standardisés, puis comparées. Enfin, les facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux susceptibles de prédire le fonctionnement psychosocial des deux groupes de sujets ont été explorés à la lumière d'un modèle théorique (Pless & Pinkerton, 1975).

Afin de bien cerner de quelle façon l'épilepsie peut avoir un impact sur le fonctionnement psychosocial des adolescents qui en sont atteints, il est important, dans un premier temps, de définir ce qu'est cette maladie chronique. Une première partie de cette introduction sera consacrée à la description de l'épilepsie, de sa prévalence et de son incidence, de son traitement et de son impact général sur le déroulement normal de l'adolescence. Puis, seront abordées, dans une seconde partie, les résultats des diverses recherches quantitatives portant sur le fonctionnement psychosocial des enfants et adolescents

atteints d'épilepsie et de leur famille. Les facteurs susceptibles d'influencer la perception qu'a l'adolescent malade de son fonctionnement psychosocial seront ensuite exposés au cours d'une troisième partie. Enfin, seront présentés le modèle théorique sur lequel s'appuie la présente recherche de même que les objectifs et hypothèses spécifiques de cette dernière.

Définition de l'épilepsie

Le terme "épilepsie" désigne tout un ensemble de troubles neurologiques causés par la présence de décharges excessives et anormales d'énergie électrochimique à l'intérieur du cerveau. De nature répétitive, ces décharges émises par les cellules cérébrales sont tantôt focalisées dans une partie du cerveau, tantôt généralisées à l'ensemble de ce dernier (Browne & Feldman, 1983; Cereghino, 1990; Farley, 1996). Elles provoquent alors des attaques convulsives ou non convulsives qui, selon la nature de l'épilepsie, sont accompagnées d'une perte de conscience, d'un excès ou d'une absence de tonicité musculaire ou de motricité, ou encore, de troubles sensoriels (Farley, 1996; Heisler & Friedman, 1981; Leonard, 1984). Une personne est dite "atteinte d'épilepsie" lorsqu'elle a subi au moins deux fois des crises de cette nature, en l'absence de facteurs précipitants tels que de la fièvre, le retrait d'une drogue, une maladie métabolique ou une infection (Sands, 1982; Shinnar, 1987; Viani, Beghi, Atza & Gulotta, 1988).

Les caractéristiques de l'épilepsie varient selon l'âge auquel elle apparaît chez l'individu qui en est atteint (Leonard, 1984). En fait, il existe plusieurs types de crises épileptiques. Elles ont été classifiées de façon internationale selon leur sémiologie (Farley, 1996; Jeavons & Aspinall, 1985; Sutherland & Eadie, 1980). Certaines, telles que la crise

tonico-clonique (autrefois appelée grand mal), sont très visibles et peuvent susciter des réactions d'embarras ou de peur, tant chez l'adolescent qui en est atteint que chez les personnes qui en sont témoins (Seidenberg & Berent, 1992; Westbrook, Bauman & Shinnar, 1992). D'autres, telles que les crises d'absence généralisées, peuvent passer inaperçues. C'est donc dire que l'impact que peut avoir une crise épileptique sur l'adolescent et son entourage varie selon la nature de cette crise. Par conséquent, il s'avèrera important de tenir compte de ces facteurs (sémiologie, présence ou non de crises en public) dans la présente recherche.

Prévalence et incidence de l'épilepsie

Epilepsie Canada (1994) et Epilepsy Ontario (1998) estiment que l'épilepsie touche 1 à 2 % de toute la population canadienne. Toutefois, il est difficile de déterminer de manière exacte la prévalence et l'incidence de ce diagnostic. En effet, Bradford (1997), Camfield, Camfield, Gordon, Wirrell et Dooley (1996) ainsi que Zielinski (1988) soulignent que les méthodes épidémiologiques utilisées par les chercheurs de divers pays diffèrent et que par conséquent, les résultats sont très variés. Cependant, la majorité des auteurs rapportent des taux de prévalence allant de 4 à 10 sur 1000 (Blum et al., 1993; Hart & Shorvon, 1995; Zielinski, 1988) chez la population générale (enfants, adultes et personnes âgées). En ce qui a trait aux enfants de moins de 18 ans, la prévalence varie de 2.4 à 10 sur 1000 selon le groupe d'âge étudié (Boyle, Découflé & Yeargin-Allsopp, 1994; Gortmaker et al., 1990; Jackson, 1996; Newacheck, McManus & Fox, 1991; Seidenberg, 1996). Quant à l'incidence de l'épilepsie, Epilepsie Canada (1994) rapporte un taux de 50 sur 100 000 et précise que

dans 75 à 80% des cas, cette maladie chronique apparaît avant l'âge de 18 ans. De façon plus spécifique, Camfield et al. (1996) ont trouvé un taux d'incidence de 41 sur 100 000 chez les résidents de la Nouvelle-Ecosse, âgés d'un mois à 16 ans. Ils ont noté que ce taux d'incidence diminuait significativement durant l'adolescence, soit à 21 sur 100 000 chez les jeunes de 11 à 16 ans.

Traitements de l'épilepsie et effets secondaires

Epilepsy Ottawa-Carleton (1996) estime que les progrès de la médecine et de la pharmacologie permettent à environ 80% des personnes atteintes d'épilepsie de contrôler leurs crises en totalité ou en partie. En ce qui concerne plus particulièrement les adolescents, Shinnar (1987) rapporte que 70 à 80% d'entre eux parviennent à un contrôle total. La prise régulière de médicaments anticonvulsivants et la chirurgie constituent les principaux traitements auxquels ceux-ci ont recours (Farley, 1996). Toutefois, la chirurgie n'est pratiquée que dans certaines conditions, soit lorsque la pharmacothérapie s'est avérée inefficace et que la qualité de vie de la personne atteinte est compromise. En ce qui concerne la pharmacothérapie, la nature et le nombre de médicaments prescrits varient grandement d'un type d'épilepsie à l'autre. Et, bien qu'ils permettent de maîtriser les crises, ces médicaments ont des effets secondaires importants, parfois même plus nuisibles que la survenue des crises elles-mêmes (Bakke & Milstein, 1983). Ces effets secondaires peuvent inclure des troubles de la mémoire et du sommeil, des problèmes de coordination et de concentration, de la somnolence, des nausées, une perte d'appétit et de cheveux, des réactions cutanées, de l'hyperactivité, de l'irritabilité, de l'agressivité, un retrait social, des

symptômes de dépression, etc. (Austin, Smith, Risinger & McNelis, 1994; Bakke & Milstein, 1983; Bennett & Krein, 1989; Browne & Feldman, 1983; Farley, 1996; Leonard, 1984; Masland, 1982; O'Donohoe, 1985; Shinnar, 1987; Sutherland & Eadie, 1980).

Compte-tenu de l'importance de ces effets secondaires, il est logique de se demander jusqu'à quel point ceux-ci ne peuvent pas à eux seuls, avoir un impact psychologique négatif sur l'adolescent et causer des difficultés d'ajustement (performance scolaire, concept de soi, interactions avec la famille et les pairs) de même qu'une certaine réticence à respecter les prescriptions médicales. Il sera donc important de tenir compte de ces facteurs (prise de médicaments, effets secondaires) afin de bien évaluer l'impact global de cette maladie sur l'adolescent.

Bien que l'épilepsie apparaisse à tout âge et ait une étiologie diversifiée, 50% des cas sont diagnostiqués avant l'âge de dix ans (Epilepsy Ottawa-Carleton, 1996). Cependant, O'Donohoe (1985) souligne que les changements physiques que provoque l'accès à la puberté peuvent modifier le cours de la maladie et, tantôt améliorer le pronostic, tantôt le détériorer. En effet, les crises d'absence, qui se manifestent généralement au cours de l'enfance, ont tendance à disparaître spontanément durant l'adolescence (Browne & Feldman; 1983; Epilepsy Ottawa-Carleton, 1996). Par contre, il arrive que les crises prennent des formes différentes et que l'état des choses s'aggrave; leur fréquence augmente ou encore, les médicaments prescrits avec succès jusqu'alors deviennent moins efficaces (Hartlage & Hartlage, 1989; Shinnar, 1987). En fait, à cause des changements endocriniens qui s'opèrent tout au long de cette période, le dosage, sinon la nature des médicaments, doivent continuellement être modifiés. Il faudra donc tenir compte de ces derniers facteurs (âge

d'apparition des crises épileptiques, niveau de contrôle et fréquence des crises) afin de bien évaluer l'impact de cette condition durant l'adolescence. O'Donohoe (1985) ajoute à ce propos que sur le plan méthodologique, il peut être difficile de déterminer si les comportements adoptés par l'adolescent atteint d'épilepsie, tels que des changements d'humeur, sont dus à sa condition de santé ou relèvent simplement du déroulement normal de l'adolescence.

Déroulement de l'adolescence chez les jeunes atteints d'épilepsie

L'accès à la puberté provoque des changements notoires au niveau biologique, cognitif, social et affectif qui, en eux-mêmes, représentent plusieurs défis pour l'adolescent sain. En effet, celui-ci se voit obligé de redéfinir son concept de soi, soit les perceptions qu'il a de lui-même, dans le but de parvenir à un sentiment d'identité stable. Parallèlement, il doit apprendre à s'émanciper de l'influence familiale, à s'engager dans des relations interpersonnelles intimes et à déterminer ses choix de carrière (Blum, 1992; McAnarney, 1985; Zeltzer, 1985). Selon Leonard (1984), la présence d'une maladie chronique telle que l'épilepsie, constitue un stress supplémentaire venant s'ajouter aux difficultés inhérentes au développement normal à l'adolescence. Ainsi, selon Leonard (1984), les processus de socialisation et de quête d'identité de l'adolescent atteint d'épilepsie seraient compromis; l'adolescent craindrait de ne pas se sentir accepté et conforme aux règles de ses pairs et de ne pas pouvoir accéder à l'indépendance par rapport à ses parents. De plus, il éprouverait des questionnements additionnels concernant sa condition physique et son identité personnelle. Il s'interrogerait quant aux possibilités que lui réserve l'avenir sur le plan

professionnel étant donné les difficultés d'obtention d'emploi associés à sa maladie et les problèmes académiques qu'il éprouverait (redoublement scolaire, recours à une aide spéciale). Toutefois, il semble qu'en présence de divers facteurs (acceptation de son état par l'adolescent, attitudes positives de sa famille et de son entourage, par exemple), l'adolescent puisse surmonter ces difficultés particulières et compléter le cours normal de son développement (Baird, 1972; Leonard, 1984). Il n'en demeure pas moins que sur le plan empirique, peu de chercheurs ont cerné la nature exacte de ces facteurs et prouvé de façon rigoureuse que le fonctionnement psychosocial de l'adolescent atteint d'épilepsie est semblable à celui de ses pairs non atteints. En fait, la majorité des auteurs qui se sont intéressés à l'impact de l'épilepsie durant l'enfance rapportent une série de problèmes très diversifiés, soit la présence 1) d'un faible concept de soi, 2) de problèmes émotifs, 3) de problèmes comportementaux, 4) de difficultés au niveau des compétences sociales et des interactions avec les pairs, et enfin, 5) de difficultés dans les relations familiales. Ce sont les données de ces recherches qui seront présentées dans la section qui suit. Il est à noter que seules les études quantitatives ayant un certain fondement sur le plan méthodologique (utilisation d'instruments de mesure standardisés et/ou présence d'un groupe de comparaison, par exemple) ont été retenues.

Etudes sur le concept de soi chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie

Plusieurs auteurs (Bakke & Milstein, 1983; Green & Hartlage, 1971; Leonard, 1984) s'accordent à dire que le concept de soi de l'adolescent atteint d'épilepsie risque fortement d'être affecté. Cependant, très peu d'études empiriques ont été entreprises auprès

d'adolescents atteints d'épilepsie afin de déterminer si la représentation qu'ont ces derniers d'eux-mêmes est réellement différente de celle de leurs pairs et examiner, le cas échéant, les facteurs pouvant contribuer à une telle différence. Seuls Viberg, Blennow et Polski (1987) ainsi que Westbrook et al. (1992) ont évalué une population formée exclusivement d'adolescents; ils ont obtenu des résultats contradictoires. A l'aide d'un test projectif (TAT) et d'échelles d'estime de soi de type Osgood, Viberg et al. (1987) ont comparé les perceptions de 16 adolescents atteints d'épilepsie, âgés de 11 à 16 ans, à celles de 16 adolescents sains. Ils ont constaté que les sujets atteints d'épilepsie avaient une image d'eux-mêmes plus négative que celle de leurs pairs sains. Quant à Westbrook et al. (1992), ils n'ont noté aucune différence significative entre les résultats qu'ont obtenu les 64 sujets de leur étude au Coopersmith Self-Esteem Inventory et les normes de cet instrument de mesure. Ces divergences peuvent s'expliquer par plusieurs facteurs, dont le type de comparaison effectuée (normes standardisées vs groupe de comparaison), l'âge des sujets (11 à 16 ans vs 12 à 20 ans) et le choix des instruments de mesure utilisés. En effet, contrairement à Westbrook et al. (1992), Viberg et al. (1987) n'ont utilisé aucun instrument de mesure standardisé.

Quant aux recherches sur le concept de soi des enfants atteints d'épilepsie, elles sont tout aussi peu nombreuses. Toutefois, sur un total de six, cinq d'entre elles (soit 83%) ont démontré que le concept de soi des enfants atteints d'épilepsie était significativement moins élevé par rapport à celui d'enfants sains et d'enfants atteints d'une autre maladie chronique comme l'asthme ou le diabète (Austin, 1989; Austin, Smith, Risinger & McNelis, 1994; Ferrari, Matthews & Barabas, 1983; Hoare & Mann, 1994; Matthews, Barabas & Ferrari,

1982). La sixième étude (Hoare & Kerley, 1991), qui, elle, n'incluait aucun groupe de comparaison, a révélé que le concept de soi des sujets atteints d'épilepsie était similaire aux normes du questionnaire Piers-Harris. Il faut noter cependant que les résultats de cette étude sont difficilement comparables à ceux des études précédentes puisque plusieurs des sujets de l'échantillon avaient non seulement des crises épileptiques mais souffraient également d'un retard développemental ou de paralysie cérébrale. Or, on aurait pu s'attendre à ce que ces sujets aient un concept de soi se situant sous les normes, compte-tenu de leur état de santé. Il est intéressant de constater que tous les chercheurs qui ont relevé la présence d'une différence significative entre le concept de soi des enfants atteints d'épilepsie et celui de leurs pairs, ont comparé les résultats de ces enfants à ceux d'un groupe de comparaison et non aux normes des instruments de mesure auxquels ils ont fait appel. Lavigne et Faier-Routman (1992) ont remarqué le même phénomène au cours d'une méta-analyse portant sur l'ajustement psychologique d'enfants atteints de diverses maladies chroniques. Enfin, il est important de mentionner que les cinq études où des différences significatives sont ressorties comportent plusieurs forces. Tout d'abord, les auteurs de ces études ont utilisé des instruments de mesure standardisés (échelles du concept de soi d'Harter ou de Piers-Harris). De plus, trois d'entre eux (Austin, 1989; Austin, Smith, Risinger & McNelis, 1994; Hoare & Mann) ont recruté un nombre élevé de sujets atteints d'épilepsie (soit, entre 50 et 135 enfants). Enfin, les sujets de ces cinq études formaient un groupe plus homogène en ce qui a trait à leurs caractéristiques démographiques et médicales, comparativement à ceux de la recherche d'Hoare et Kerley (1991) (étendue d'âge plus restreinte, absence d'autres handicaps majeurs, par exemple).

Somme toute, l'ensemble des données de ces études permet de supposer que le concept de soi des adolescents atteints d'épilepsie serait significativement moins élevé que celui de leurs pairs. Cette hypothèse mérite d'être vérifiée, d'autant plus que les recherches portant sur l'estime et le concept de soi d'adolescents souffrant d'autres types de maladies chroniques ont aussi fourni des résultats contradictoires (Howe et al., 1993; Magill & Hurlbut, 1986; Melzer, Leadbeater, Reisman, Jaffe & Lieberman, 1989; Noll et al., 1993; Sawyer et al., 1995; Stevens et al., 1996).

Etudes sur les problèmes émotifs chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie

Plusieurs chercheurs ont évalué la présence de problèmes de nature émotive, tels que des symptômes de dépression ou d'anxiété, afin de déterminer si les enfants et adolescents atteints d'épilepsie présentaient des difficultés d'adaptation psychosociale. Leurs études peuvent être regroupées en deux catégories, soit celles dans lesquelles ces chercheurs ont fait appel au Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991a) et celles dans lesquelles ils ont utilisé d'autres instruments de mesure standardisés.

En ce qui concerne la première catégorie, les résultats des recherches portant exclusivement sur une population adolescente sont mitigés. En effet, Austin et al. (1996) ont trouvé que les adolescents atteints d'épilepsie présentaient plus de problèmes émotifs que les adolescents souffrant d'asthme, selon le rapport de leur mère et de leur professeur à l'échelle de problèmes émotifs (internalizing problems). Par contre, Apter et al. (1991) n'ont obtenu aucune différence significative entre les résultats d'un groupe de 26 sujets atteints d'épilepsie et ceux d'un premier groupe de comparaison composé de 26 adolescents souffrant d'asthme.

Ces auteurs ont noté que, lorsqu'ils étaient comparés à un second groupe de comparaison constitué de 90 adolescents n'ayant aucune maladie chronique, les garçons atteints d'épilepsie obtenaient toutefois des scores plus élevés à cette échelle, suggérant ainsi la présence de problèmes à ce niveau. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats divergents, dont les faiblesses méthodologiques de l'étude d'Apter et al. (1991). En effet, cette étude comporte un nombre restreint de sujets atteints d'épilepsie. De plus, tous ont le même type d'épilepsie, soit l'épilepsie temporale. Par contraste, Austin et al. (1996) ont inclus un grand échantillon de sujets atteints de divers types d'épilepsie dont le niveau de gravité variait ($N = 117$). Ils ont aussi utilisé deux sources d'information différentes et obtenu des résultats similaires. Cela laisse croire que, selon la perception de leur entourage, les jeunes atteints d'épilepsie risqueraient de développer des problèmes de nature émotive. Il reste toutefois à savoir si les adolescents ont eux aussi une perspective semblable à celle de leurs proches. En effet, les auteurs de ces deux études n'ont aucunement évalué la perception qu'avaient eux-mêmes les adolescents de leur fonctionnement affectif. Il serait donc important de recueillir des informations à ce niveau à l'aide d'un instrument tel que le Youth Self-Report (Achenbach, 1991b) et de comparer les perceptions des adolescents à celles de leurs parents ou professeurs. En fait, plusieurs études portant sur d'autres maladies chroniques (Bennett, 1994; Canning, 1994; Rodrigue, Streisand, Banko, Kedar & Pitel, 1996; Stawski et al., 1995) ont démontré que parents et adolescents avaient des perspectives différentes quant à l'impact de la maladie. Dans certains cas, l'adolescent surévaluait la présence de symptômes particuliers par rapport aux parents, alors que dans d'autres cas, le contraire se produisait.

Outre ces deux recherches sur les adolescents, Howe et al. (1993) ont effectué une étude incluant trois groupes de sujets, soit 80 adolescents atteints de troubles neurologiques tels que l'épilepsie et le spina-bifida, 85 adolescents souffrant d'une maladie chronique n'impliquant pas le système nerveux central (diabète, arthrite, par exemple) et 49 adolescents sains. Tout comme Apter et al. (1991), Howe et al. (1993) ont noté que les garçons souffrant de troubles neurologiques étaient perçus par leur mère comme ayant plus de problèmes émotifs par rapport à un groupe d'adolescents sains. Ces données laissent donc croire que le sexe de l'adolescent constituerait un facteur important dans la prédiction de son fonctionnement émotif et comportemental. Toutefois, il est important de souligner qu'Howe et al. (1993) n'ont inclu que 19 adolescents atteints d'épilepsie dans leur groupe de sujets souffrant de troubles neurologiques. On peut donc se demander jusqu'à quel point ces résultats sont généralisables à une population d'adolescents atteints d'épilepsie.

Une autre série de chercheurs ont utilisé le CBCL afin d'analyser le fonctionnement émotif d'enfants atteints d'épilepsie (Austin et al., 1994; Dorenbaum, Cappelli, Keene & McGrath, 1985; Hoare & Mann, 1994); ils ont obtenu des résultats similaires. En comparant les perceptions des mères de 136 enfants atteints d'épilepsie à celles des mères de 134 enfants souffrant d'asthme, Austin et al. (1994) ont découvert que les sujets atteints d'épilepsie obtenaient des scores significativement plus élevés que ceux du groupe de comparaison. Il en était de même en ce qui concerne les rapports des professeurs. Ces auteurs ont donc conclu que selon la perception de leur entourage, les enfants atteints d'épilepsie faisaient face à plus de problèmes émotifs que leurs pairs. Quant à Hoare et Mann (1994), ils ont noté qu'un pourcentage plus élevé d'enfants atteints d'épilepsie

présentaient des problèmes émotifs se trouvant dans le créneau clinique par rapport aux enfants atteints de diabète. En effet, 23% des sujets atteints d'épilepsie comparativement à 15% des sujets souffrant de diabète ont obtenu un score T au-dessus de 65 à l'échelle de problèmes émotifs. Dorenbaum et al. (1985) ont effectué les mêmes constatations et rapporté que sur l'ensemble des 38 enfants atteints d'épilepsie de leur étude, 16% d'entre eux avaient un score T au-dessus de 70, soit au-dessus du 98ème percentile. La moyenne de tous les sujets à cette échelle ($M = 60.3$) demeurerait toutefois dans les normes. Ces résultats laissent donc penser que des différences individuelles existent au niveau du fonctionnement émotif des enfants atteints d'épilepsie puisqu'une partie d'entre eux manifestent des problèmes d'ordre clinique. Par conséquent, on peut supposer qu'un nombre significatif d'adolescents atteints d'épilepsie risquent de présenter des problèmes émotifs se situant dans le créneau clinique.

Une deuxième catégorie de chercheurs (Carlton-Ford, Miller, Brown, Nealeigh & Jennings, 1995; Howe et al., 1993; Margalit & Heiman, 1983; Matthews et al., 1982; McDermott, Mani & Krishnaswami, 1995) ont évalué la présence de symptômes d'anxiété et de dépression à l'aide d'instruments de mesure autres que le CBCL.

En ce qui concerne les symptômes d'anxiété, Margalit et Heimann (1983) ont administré le State-Trait Anxiety Inventory à un groupe d'enfants atteints d'épilepsie, âgés de 8 à 14 ans, ainsi qu'à un groupe d'enfants sains, jumelés en fonction de leur âge et de leur sexe. Ils ont constaté que les 20 sujets atteints d'épilepsie manifestaient plus d'anxiété comparativement à leurs pairs sains. Pour leur part, Matthews et al. (1982) ont évalué trois groupes de sujets de 7 à 12 ans, soit un premier groupe atteint d'épilepsie, un second atteint

de diabète et un troisième formé d'enfants sains. Tout comme Margalit et Heimann (1983), ils ont remarqué que les enfants atteints d'épilepsie rapportaient plus de symptômes d'anxiété que leurs pairs non atteints. Toutefois, aucune différence significative n'est apparue entre les résultats des deux groupes d'enfants malades. Enfin, McDermott et al. (1995) ont effectué une vaste étude épidémiologique au cours de laquelle ils ont demandé aux parents de remplir le Behavior Problem Index, une échelle standardisée de problèmes de comportement similaire au CBCL. Ils ont découvert que, comparativement à leurs pairs sains, les enfants atteints d'épilepsie couraient 3.7 fois plus de risques de développer à la fois des symptômes d'anxiété et de dépression. Il importe cependant de souligner que 21.5% des sujets atteints d'épilepsie de cette étude souffraient aussi d'un retard développemental. Il est donc possible que les risques de manifester des symptômes de dépression et d'anxiété soient moindres chez les individus atteints uniquement d'épilepsie.

En ce qui a trait aux recherches portant sur les symptômes de dépression, leurs résultats sont controversés. En effet, Carlton-Ford et al. (1995) ont rapporté que selon la perception des mères, les jeunes atteints d'épilepsie âgés de 6 à 17 ans couraient trois fois plus de risques de développer des symptômes de dépression importants comparativement à leurs pairs sains. Par contre, Howe et al. (1993) n'ont noté aucune différence significative entre le rapport des adolescents atteints de troubles neurologiques au Child Depression Inventory et celui d'adolescents sains ou souffrant d'autres maladies chroniques n'impliquant pas le système nerveux central. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différents résultats. D'une part, ces chercheurs ont obtenu leurs données de sources d'information distinctes (rapports des parents vs des adolescents). D'autre part, Howe et al. (1993) ont utilisé un

instrument de mesure standardisé alors que Carlton-Ford et al. (1995) ne se sont basés que sur quatre questions générales pour diagnostiquer la présence de symptômes de dépression. Enfin, Carlton-Ford et al. (1995) ont choisi d'analyser un groupe de sujets atteints uniquement d'épilepsie alors que Howe et al. (1993) ont inclu des enfants souffrant de différents troubles neurologiques, dont 19 seulement étaient atteints d'épilepsie.

Etudes sur les problèmes comportementaux chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie

Les études consacrées aux problèmes comportementaux, tels que la présence d'hyperactivité et d'agressivité, peuvent elles aussi, être regroupées en deux catégories. En ce qui concerne la première catégorie (utilisation du CBCL comme instrument de mesure), les résultats des recherches portant exclusivement sur les adolescents sont contradictoires. Tout comme pour les problèmes de nature émotive, Austin et al. (1996) ont rapporté que les sujets atteints d'épilepsie manifestaient plus de problèmes comportementaux que les sujets souffrant d'asthme, selon le rapport de leur mère et de leur professeur à l'échelle de problèmes comportementaux (externalizing problems). Pour leur part, Howe et al. (1993) ont constaté que seuls les garçons atteints de troubles neurologiques présentaient plus de problèmes de cette nature, comparativement à leurs pairs sains. Quant à Apter et al. (1991), ils n'ont trouvé aucune différence significative entre les scores des adolescents et adolescentes atteints d'épilepsie et ceux de leurs deux groupes de comparaison. Ces résultats contradictoires sont probablement attribuables aux facteurs cités précédemment concernant la méthodologie de ces études. Remarquons, encore une fois, qu'aucun de ces chercheurs n'a

recueilli les perceptions des adolescents. Il en est de même des auteurs des recherches portant sur les enfants.

En fait, les études consacrées aux enfants atteints d'épilepsie ont révélé que les résultats variaient selon la source d'information choisie. En effet, Austin et al. (1994) n'ont noté aucune différence significative entre leurs deux groupes de sujets à l'échelle de problèmes comportementaux remplie par les professeurs. Par contre, les mères ont perçu leur enfant autrement; elles ont rapporté que les sujets atteints d'épilepsie présentaient plus de problèmes comportementaux que les sujets souffrant d'asthme. De manière générale, l'ensemble des recherches dont les résultats reposent uniquement sur le rapport des mères laisse croire que les enfants atteints d'épilepsie seraient susceptibles de développer d'importants problèmes comportementaux. En effet, Hoare et Mann (1994) ont noté que 17% des sujets atteints d'épilepsie, comparativement à 11% des sujets souffrant de diabète, avaient obtenu des scores T se situant dans le créneau clinique (score $T > 65$). Parallèlement, Dorenbaum et al. (1985) ont remarqué que 10.5% de leurs sujets avaient obtenu un résultat au-dessus du 98ème percentile (score $T > 70$). Toutefois, la moyenne de tous les enfants de cette étude à l'échelle de problèmes comportementaux demeurait dans les normes ($M = 58.6$). Compte-tenu de ces résultats, il est possible de penser que, tout comme dans le cas des enfants, un certain pourcentage d'adolescents atteints d'épilepsie courraient des risques de présenter des problèmes comportementaux notoires. Il s'avèrera donc important de vérifier cet aspect dans le cadre de la présente étude et pour ce faire, de recueillir et comparer les données de différentes sources d'information (adolescents et parents, par exemple).

Une seconde catégorie de chercheurs (Carlton-Ford et al., 1995; Hoare & Kerley, 1992; Holdsworth & Whitmore, 1974; McDermott et al., 1995) ont évalué la présence de symptômes d'hyperactivité, d'inattention et d'agressivité, à l'aide d'instruments de mesure autres que le CBCL (Behavior Problem Index, versions pour parents et pour professeurs du Rutter Questionnaire, par exemple). Quelle que soit la méthode qu'ils ont utilisée, tous s'accordent à dire que les enfants atteints d'épilepsie présentent plus de problèmes comportementaux comparativement à leurs pairs sains ou atteints d'une autre maladie chronique. Cependant, il est important de rappeler que plusieurs des sujets atteints d'épilepsie de deux de ces études souffraient également d'un autre handicap (Hoare & Kerley, 1992; McDermott et al., 1995): il y a donc lieu de s'interroger quant à la généralisation des résultats obtenus.

D'autres auteurs (Austin, 1989; Austin et al., 1992; Hoare & Mann, 1994; Whitman, Hermann, Black & Chhabria, 1982) ont évalué la présence de difficultés de comportement sans effectuer de distinction entre les problèmes de nature émotive (internalizing problems) et de nature comportementale (externalizing problems). Ils ont constaté que les sujets atteints d'épilepsie avaient obtenu une moyenne généralement au-dessus des normes à l'échelle globale de difficultés de comportement du CBCL (Total Behavior Problems). De plus, un certain nombre d'enfants atteints d'épilepsie se trouvaient dans le créneau clinique, signifiant ainsi qu'ils présentaient divers problèmes de comportement nécessitant une intervention professionnelle. Ces études comportent plusieurs forces (taille de l'échantillon, emploi de divers instruments de mesure standardisés, etc.) mais aussi quelques faiblesses. A titre d'exemple, Whitman et al. (1982) n'ont inclu que des sujets atteints de deux types d'épilepsie

particuliers (épilepsie temporale et généralisée). De plus, ils n'ont pas employé de groupes de comparaison formés d'enfants sains ou atteints d'une autre maladie chronique.

Outre la présence de problèmes comportementaux, plusieurs chercheurs ont aussi évalué le fonctionnement social des enfants et adolescents atteints d'épilepsie. Ils ont analysé le niveau de compétences sociales des enfants et se sont intéressés plus particulièrement à leurs interactions avec leurs pairs.

Etudes sur les compétences sociales et les interactions avec les pairs chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie

Comme le soulignent Kazak, Segal-Andrews et Johnson (1995) de même que Spirito, DeLawyer et Stark (1991), les pairs jouent un rôle de premier plan dans le développement des enfants et adolescents. Ils constituent une source de socialisation importante, servent de modèles sociaux et influencent par le fait même le fonctionnement affectif et social des enfants. Or, comme l'ont remarqué ces auteurs et LaGreca (1990; 1997), très peu de recherches ont été entreprises sur le fonctionnement social général des enfants atteints de maladie chronique ainsi que sur la nature des relations que ceux-ci entretiennent avec leurs pairs. Cette remarque s'applique plus particulièrement dans le cas des adolescents atteints d'épilepsie. En effet, seuls cinq chercheurs ont exploré ces aspects chez une population formée exclusivement d'adolescents atteints d'épilepsie. Ils ont utilisé des méthodologies très diversifiées. Par conséquent, il s'avère difficile de tirer des conclusions précises qui soient généralisables. En effet, deux de ces chercheurs (Richardson & Friedman, 1974; Westbrook, Silver, Coupey & Shinnar, 1991) ont recueilli des informations sur le

fonctionnement social des adolescents via une entrevue structurée. Richardson et Friedman (1974) ont interrogé séparément 17 adolescents atteints d'épilepsie âgés de 14 à 16 ans et leurs parents. Ils ont constaté que les adolescents manifestaient des préoccupations par rapport à leurs relations avec leurs pairs. En effet, certains ont rapporté se sentir différents des autres et craindre de ne pas pouvoir s'insérer au groupe dans leur milieu scolaire. D'autres ont souligné qu'ils redoutaient la réaction de leurs compagnons de classe lors de l'apparition d'une crise épileptique. Pour leur part, les parents ont noté qu'ils imposaient des restrictions dans les activités sociales de leur enfant malade. Ainsi, plusieurs ont rapporté ne pas donner la permission à leur adolescent d'aller coucher chez un ami, de peur que celui-ci fasse une crise épileptique dans un tel contexte. Ces données montrent qu'il s'avèrera important, dans le cadre de la présente recherche, de déterminer si les adolescents font face à des restrictions dans leurs activités quotidiennes et, le cas échéant, d'évaluer l'impact que peuvent avoir ces restrictions sur leur fonctionnement psychosocial. Bien que cette étude ait l'avantage de contenir des données fournies par plus d'une source d'information, elle comporte de nombreuses limites, telles qu'un nombre de sujets peu élevé dont l'étendue d'âge demeure restreinte ainsi que l'absence de tout groupe de comparaison et d'utilisation d'instruments de mesure standardisés. Westbrook et al. (1991) ont eux aussi utilisé une entrevue structurée afin de comparer le fonctionnement social de 34 adolescents atteints d'épilepsie à celui de 32 adolescents atteints d'une autre maladie chronique et de 50 adolescents sains. De façon générale, ils n'ont pas relevé de différence significative entre le fonctionnement global des sujets des trois groupes, que ce soit au niveau de leurs activités de loisirs ou de leur capacité à développer une relation avec un pair du sexe opposé. Westbrook

et al. (1991) attribuent en partie cette absence de différence significative aux faiblesses de leur étude. En effet, ils ont souligné que leur échantillon était relativement restreint. De plus, le niveau de gravité de l'épilepsie de tous les sujets était mineure ce qui, selon eux, remet en question la représentativité de leur échantillon et la généralisation de leurs résultats. Ceci dit, ces auteurs ont trouvé des différences significatives au niveau de certains aspects spécifiques des relations avec les pairs; ils ont remarqué que les adolescents atteints d'épilepsie discutaient très rarement de leur maladie avec leurs pairs. Seulement 15 % d'entre eux, comparativement à 59 % des adolescents atteints d'autres maladies chroniques (asthme, diabète, hémophilie, etc.) ont rapporté que tous leurs amis connaissaient leur état de santé. Westbrook et al. (1991) croient que cette absence de dévoilement de la maladie pourrait être due au fait que les sujets atteints d'épilepsie se sentiraient stigmatisés. Toutefois, cela reste à vérifier. Puisque selon cette étude, un certain nombre d'adolescents cachent un élément central de leur vie à leurs amis, il y a lieu de s'interroger quant à la qualité des relations qu'ils entretiennent avec ces derniers. On peut se demander par exemple, si les adolescents atteints d'épilepsie partagent avec leurs amis des niveaux d'intimité qui soient semblables à ceux de leurs pairs. On peut aussi s'interroger quant au niveau de support social qu'ils reçoivent de ces derniers. En fait, ces domaines ont été très peu explorés, les chercheurs s'étant plutôt attardés à divers aspects des compétences sociales de leurs sujets, comme leur performance et ajustement social (Nassau & Drotar, 1997).

A l'aide d'instruments de mesure standardisés, Howe et al. (1993) ont évalué jusqu'à quel point les adolescents atteints de troubles neurologiques manifestaient de l'autonomie dans divers contextes, tels que dans des situations d'interactions sociales. Ils ont remarqué

que comparativement aux deux autres groupes de sujets à l'étude, les adolescents atteints d'épilepsie et autres troubles neurologiques manifestaient moins d'initiative dans leurs interactions sociales. Il y a donc lieu de se demander si le fait d'avoir moins d'initiative peut avoir des conséquences sur les relations sociales qu'entretiennent les adolescents avec leur entourage. Est-ce à dire que sur le plan social, les adolescents atteints d'épilepsie seraient plus retirés que leurs pairs sains et auraient un réseau social plus restreint? Compteraient-ils moins d'amis parmi les membres de ce réseau social? Ces questions méritent d'être explorées puisque Melzer et al. (1989) ont découvert que les adolescents atteints d'une maladie rénale chronique avaient un réseau social différent de celui d'adolescents ne souffrant d'aucune maladie. En effet, ces auteurs ont comparé le réseau social de 16 adolescents qui avaient eu une transplantation rénale à celui de 16 adolescents sains jumelés selon leur âge, sexe, ethnie et constellation familiale. Ils ont constaté que la grandeur totale du réseau social (incluant la famille, les pairs et autres adultes) était significativement moins élevée chez les adolescents malades. Il en était de même du nombre de pairs inclus dans ce réseau. En fait, une plus grande proportion du réseau social des sujets malades était représentée par des membres de leur famille, comparativement au groupe de sujets sains. On peut donc supposer que de telles données s'appliqueraient dans le cas des adolescents atteints d'épilepsie.

Deux autres chercheurs (Apter et al., 1991; Austin et al., 1996) ont évalué les compétences sociales des adolescents atteints d'épilepsie grâce au CBCL. Même s'ils ont utilisé des échelles différentes (score T de l'échelle totale de compétences sociales vs scores T des sous-échelles mesurant les activités sociales et relations avec les pairs), ces auteurs ont trouvé des résultats qui laissent croire que les adolescents atteints d'épilepsie éprouveraient

plus de difficultés à ce niveau. Ainsi, selon la perception de leur mère, les jeunes atteints d'épilepsie auraient tendance à se retirer davantage socialement; ils auraient non seulement moins d'amis que leurs pairs, mais verraient ces derniers moins souvent. Il serait pertinent, encore une fois, d'obtenir la perspective des adolescents à ce sujet et de la comparer à celles de leurs parents.

Outre ces recherches sur les adolescents, plusieurs études ont été effectuées sur une population d'enfants atteints d'épilepsie. En ce qui concerne celles qui reposent sur l'emploi du CBCL, leurs résultats sont mitigés. En effet, Hermann, Black et Chhabria (1981) ont analysé les compétences sociales de trois groupes de sujets atteints de trois types d'épilepsie spécifiques; ils ont trouvé que les résultats de leurs sujets respectaient les normes du CBCL. Bien que ces auteurs aient le mérite d'avoir jumelé les trois groupes de sujets selon des critères très précis (caractéristiques socio-démographiques et médicales), il n'en reste pas moins que la taille de l'échantillon de chaque groupe demeure restreinte (14 à 21 sujets par groupe). Contrairement à ces auteurs, Dorenbaum et al. (1985) ont constaté que la moyenne de leurs sujets se trouvait bien au-dessous des normes de l'échelle totale de compétences sociales ($M = 23.9$), ce qui signifie que les enfants atteints d'épilepsie de leur étude faisaient face à d'importantes difficultés à ce niveau. En fait, plusieurs d'entre eux ont obtenu des scores T se situant dans le créneau clinique ($T < 30$). Quant à Austin et al. (1994), ils ont comparé les résultats de deux groupes d'enfants malades aux sous-échelles d'activités sociales et de relations avec les pairs. Une différence significative est ressortie uniquement à l'une des sous-échelles: les sujets atteints d'épilepsie ont obtenu un résultat moins élevé à l'échelle des relations sociales que celui des enfants souffrant d'asthme. Plusieurs facteurs peuvent

expliquer ces résultats divergents. Tout d'abord, ces auteurs n'ont pas évalué des groupes comparables. En effet, l'étendue d'âge des sujets varie d'une étude à l'autre (enfants vs enfants et adolescents) de même que les caractéristiques de leur épilepsie. De plus, ces auteurs ont utilisé des approches méthodologiques différentes (choix des échelles du CBCL, type de comparaison effectuée). Ceci dit, les résultats des études dans lesquelles les chercheurs ont fait appel à d'autres instruments de mesure que le CBCL laissent croire que les enfants atteints d'épilepsie font face à des difficultés dans leurs interactions sociales. En effet, Stores (1978) a observé que, selon le rapport des professeurs au Connors' Teacher Rating Scale, les garçons atteints d'épilepsie étaient plus retirés socialement que leurs compagnons et compagnes de classe. Pour leur part, Eiser, Havermans, Pancer et Eiser (1992) ont administré aux parents une échelle d'ajustement général adaptée pour les enfants atteints de diverses maladies chroniques. Ils ont trouvé que, selon les perceptions des mères, les enfants atteints d'épilepsie avaient de moins bonnes relations avec leurs pairs que les enfants atteints de cinq autres types de maladies chroniques. Toutefois, aucune différence n'a été notée à ce niveau par les pères de ces enfants. Quant à Sillanpää (1992), il a relevé qu'un pourcentage significatif d'enfants atteints d'épilepsie avaient des contacts moins fréquents avec leur entourage, et plus particulièrement avec leurs pairs sains, comparativement à un groupe d'enfants ne souffrant d'aucune maladie. Lors de cette vaste étude épidémiologique, il a aussi noté que les enfants atteints d'épilepsie entretenaient surtout des relations sociales avec leur parenté et amis. Ces données reposent uniquement sur le rapport des parents et c'est pourquoi elles méritent d'être vérifiées via d'autres méthodes.

L'ensemble des résultats de toutes ces études montre qu'il s'avère important

d'explorer le fonctionnement social des adolescents atteints d'épilepsie selon une approche multidimensionnelle. Ainsi, il serait pertinent de s'attarder non seulement aux compétences sociales de ces jeunes, mais aussi aux caractéristiques de leur réseau social et à la qualité des relations qu'ils entretiennent avec leurs pairs (mesure du support social, par exemple). En effet, des études portant sur d'autres maladies chroniques montrent que certains adolescents se sentiraient rejetés et n'auraient aucun ami proche (Boyle, di Sant'Agnes, Sack, Millican & Kulczycki, 1976; Bywater, 1981; Spirito et al., 1991). On peut donc se demander si cela s'applique aux adolescents atteints d'épilepsie et tenter de vérifier si, dans la mesure où ils ont un ami, ces adolescents entretiennent une relation avec ce dernier qui soit semblable à celle entretenue par leurs pairs sains.

En résumé, l'ensemble des recherches sur le fonctionnement individuel des enfants et adolescents atteints d'épilepsie laisse supposer que les adolescents atteints de cette maladie seraient affectés à plusieurs niveaux de leur fonctionnement, soit au niveau de leur concept de soi ainsi que de leur fonctionnement comportemental et social. Quelques chercheurs se sont intéressés non seulement au fonctionnement individuel des enfants atteints d'épilepsie, mais aussi aux caractéristiques du milieu familial de ces derniers.

Etudes sur les interactions au sein des familles des enfants et des adolescents atteints d'épilepsie

L'apparition d'une maladie chronique durant l'enfance crée un stress notoire au sein de la famille (Bennett Johnson, 1985; Bradford, 1997). Dans le cas de l'épilepsie, il semble que le caractère imprévisible de cette maladie (apparition des crises à n'importe quel

moment) puisse provoquer un sentiment de perte de contrôle chez les enfants et les parents, et contribuer à créer des difficultés d'adaptation familiale (Austin, McBride & Davis, 1984; Mulder & Suurmeijer, 1977; Ziegler, 1982).

Très peu de recherches empiriques ont été entreprises sur le fonctionnement des familles d'enfants atteints d'épilepsie. De manière générale, ces recherches ont montré que la dynamique de ces familles était différente de celle retrouvée chez les familles dont tous les membres sont en santé. C'est le cas notamment du niveau de cohésion familiale. En effet, lors d'un sondage, Wolman, Resnick, Harris et Blum (1994) ont interrogé 1683 adolescents atteints d'une maladie chronique (dont 291 souffraient d'épilepsie) et 1650 adolescents sains, à propos de divers aspects de leur vie (santé physique et mentale, relations avec les pairs et la famille, par exemple). Ils ont alors découvert que le niveau de cohésion familiale était moins élevé chez les familles des adolescents malades. Ferrari et al. (1983), Matthews et al. (1982) ainsi que Ritchie (1981) ont fait les mêmes constatations en ce qui concerne les familles d'enfants atteints d'épilepsie. Pour ce faire, Ferrari et al. (1983) ainsi que Matthews et al. (1982) ont administré le Rochester Adaptive Behavior Inventory aux parents de trois groupes de sujets, soit un groupe d'enfants atteints d'épilepsie, un groupe d'enfants souffrant de diabète et un groupe d'enfants n'ayant aucune maladie chronique. Quant à Ritchie (1981), elle a observé les interactions des familles dont un enfant était atteint d'épilepsie lors de situations de résolutions de problèmes, puis comparé ces dernières à celles de familles où tous étaient en santé. Le nombre de familles comparées dans ces trois études demeure toutefois peu élevé (c.à.d., 15 familles dans chaque groupe). Comme ces auteurs, exception faite de Ritchie (1981), ont obtenu leurs résultats d'une seule source d'information, il serait

avantageux de vérifier si parents et adolescents adoptent la même vision de leur famille.

Ferrari et al. (1983), Matthews et al. (1982) et Ritchie (1981) ont aussi évalué le niveau de communication au sein de la famille. Ils ont noté que les membres des familles dont un enfant était atteint d'épilepsie communiquaient moins entre eux, comparativement aux membres des familles où tous étaient en santé. Austin (1988) a également obtenu des résultats similaires en comparant un groupe d'enfants atteints d'épilepsie à un groupe d'enfants souffrant d'asthme, à l'aide du Family Inventory of Resources for Management. De façon plus spécifique, Ritchie (1981) a observé que les enfants malades participaient peu aux discussions familiales et que leurs mères adoptaient un style rigide et autocratique avec eux. En fait, quelques études (Green & Hartlage, 1971; Levin & Bank, 1991; Long & Moore, 1979; Mulder & Suurmeijer, 1977) laissent croire que les mères des enfants atteints d'épilepsie seraient surprotectrices et remettraient en question les capacités de leur enfant à faire face à des situations de changement. Elles seraient plus contrôlantes, ce qui entraînerait un niveau de dépendance plus élevé chez l'enfant (Hartlage, Green & Offutt, 1972; Hoare, 1984a). Toutefois, ces données proviennent d'études peu récentes, se situant à une période où les chercheurs avaient tendance à "blâmer" les mères et analyser surtout le comportement de ces dernières plutôt que d'adopter une perspective systémique (Caplan & Hall-McCorquodall, 1985a; 1985b). De plus, ces recherches comportent plusieurs limites (nombre de sujets restreint, absence de groupe de comparaison, données recueillies auprès d'une seule source d'information grâce à des entrevues ou à des instruments de mesure n'étant pas toujours standardisés).

Il serait donc important, dans le cadre de la présente étude, de vérifier les perceptions

qu'ont les adolescents et leurs parents des niveaux de cohésion, d'expression, d'indépendance et de contrôle au sein de leur famille. On peut supposer que ces perceptions de la dynamique familiale seront plus négatives que celles d'un groupe de comparaison. D'un point de vue quantitatif, on peut aussi supposer que, s'il y a présence de surprotection, les adolescents atteints d'épilepsie passeront plus de temps avec leur famille et que cette dernière occupera une plus grande proportion de leur réseau social total (incluant famille, pairs et autres adultes).

Plusieurs auteurs ont non seulement examiné l'adaptation de l'adolescent et de sa famille à la maladie, mais ils ont aussi tenté de cerner les divers facteurs susceptibles de prédire cette adaptation.

Facteurs prédictifs du fonctionnement psychosocial chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie

De nombreux facteurs s'avèrent susceptibles d'influencer le fonctionnement psychosocial de l'adolescent atteint d'épilepsie. Plusieurs chercheurs se sont attardés à ces derniers afin de déterminer s'il existait des sous-groupes d'adolescents qui soient plus vulnérables que d'autres sur le plan psychologique. Un relevé critique de chacun de ces facteurs sera présenté afin d'évaluer la manière dont ils peuvent faciliter ou entraver le fonctionnement psychosocial de l'adolescent. Ces facteurs peuvent être regroupés en trois catégories distinctes, soit 1) les facteurs socio-démographiques, 2) les facteurs reliés à l'environnement social de l'adolescent (famille et pairs) et 3) les facteurs médicaux ayant trait aux caractéristiques de l'épilepsie et de son traitement.

Facteurs socio-démographiques prédictors du fonctionnement psychosocial chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie

Statut socio-économique. Plusieurs chercheurs ont analysé l'impact du statut socio-économique sur le fonctionnement psychosocial des enfants atteints d'épilepsie. Toutefois, aucune de ces études ne porte sur une population formée exclusivement d'adolescents atteints d'épilepsie. De manière générale, les résultats des recherches sur les enfants sont mitigés. En effet, certains auteurs (Austin, 1988; Austin et al., 1992; Gortmaker et al., 1990; Hoare & Mann, 1994; Perrin et al., 1993) n'ont trouvé aucun lien entre le statut socio-économique et le fonctionnement psychosocial des enfants atteints d'épilepsie alors que d'autres (Carlton-Ford et al., 1995; Hermann, Whitman & Anton, 1992; Hermann, Whitmann & Dell, 1989; McDermott et al., 1995) ont constaté que la présence de problèmes de nature émotive, comportementale ou sociale chez les enfants atteints d'épilepsie était associée à un statut socio-économique peu élevé.

Quatre facteurs peuvent expliquer ces résultats divergents. Premièrement, ces chercheurs n'ont pas défini et mesuré le statut socio-économique de la même façon. Certains ont utilisé un index du statut socio-économique formé tantôt du niveau d'éducation et d'occupation des parents (Perrin et al., 1993), tantôt de ces deux variables et du revenu familial (Austin et al., 1992). D'autres ont défini différents niveaux de classes sociales chez leurs sujets (Hoare & Mann, 1994) ou employé uniquement le revenu familial comme variable indépendante (Carlton-Ford, 1995; Gortmaker et al., 1990; Hermann et al., 1989; 1992; McDermott et al., 1995). En ce qui touche aux études sur le revenu familial, elles sont elles-mêmes difficilement comparables. En effet, Gortmaker et al. (1990) ont employé

cette variable comme une variable continue alors que Carlton-Ford et al. (1995), Hermann et al. (1989; 1992) ainsi que McDermott et al. (1995) l'ont transformée en une variable dichotomique en fonction de critères particuliers (seuil de pauvreté ou médiane du revenu familial), puis ont évalué les risques que couraient les enfants de développer divers problèmes lorsqu'ils provenaient d'un milieu moins favorisé. Deuxièmement, ces auteurs ont utilisé des échantillons de sujets différents, dont certains souffraient d'un autre handicap. Troisièmement, ils n'ont pas mesuré des variables dépendantes semblables et ont obtenu des résultats divergents à l'intérieur même de leur étude. A titre d'exemple, Carlton-Ford et al. (1995), Hermann et al. (1989) de même que McDermott et al. (1995) ont rapporté que la présence d'un faible revenu prédisait seulement certaines dimensions du fonctionnement émotif, comportemental et social des enfants atteints d'épilepsie. En effet, ces auteurs ont aussi obtenu des résultats non significatifs à quelques-unes des échelles mesurant d'autres dimensions du fonctionnement psychosocial de ces enfants. Quatrièmement, l'ensemble de ces chercheurs a fait appel à des méthodes d'analyses statistiques variées, telles que des corrélations, des régressions multiples de type stepwise ou des régressions logistiques. Seuls Perrin et al. (1993) ont employé des analyses de régressions multiples hiérarchiques et justifié le choix et l'ordre d'entrée de leurs variables. De plus, tous ces chercheurs ont utilisé des niveaux de signification alpha différents et n'ont pas, pour la plupart, employé d'indice de correction afin de contrôler la présence possible d'erreur de Type 1. Ainsi, Hermann et al. (1989) ont effectué 20 régressions multiples et utilisé un niveau de signification alpha égal à .05. On peut donc s'interroger quant aux conclusions de leur étude. Ceci dit, il importe de souligner que lorsque ces auteurs ont trouvé des résultats

significatifs, le pourcentage de la variance expliqué par le statut socio-économique était peu élevé. Ainsi, Hermann et al. (1992) ont rapporté que 15% de la variance totale des compétences sociales était expliqué par quatre variables indépendantes, dont le revenu familial.

L'ensemble de ces résultats montre donc qu'il s'avère important de vérifier jusqu'à quel point le statut socio-économique des adolescents atteints d'épilepsie a un effet significatif sur la perception qu'ont ces derniers de leur concept de soi et de leur fonctionnement psychosocial.

Age de l'adolescent. Seulement deux chercheurs (Howe et al., 1993; Westbrook et al., 1992) ont analysé l'effet de l'âge sur le concept de soi et le fonctionnement comportemental et social des adolescents atteints d'épilepsie. Aucun résultat significatif n'est ressorti de ces études, quelle que soit la variable dépendante mesurée (concept de soi, problèmes émotifs, etc.) et la source d'information utilisée (adolescents et parents). Il en est de même de l'ensemble des recherches portant sur une population formée d'enfants et d'adolescents atteints d'épilepsie (Austin, 1988; Austin et al., 1992; Gortmaker et al., 1990; Hermann et al., 1989; McDermott et al., 1995; Pianta & Lothman, 1994; Perrin et al., 1993). Comme la taille des échantillons de l'ensemble de ces études était modeste ou élevée, il est peu probable que cette absence de résultats significatifs concernant l'effet de l'âge soit attribuable à un manque de puissance statistique.

Quant à Eiser et al. (1992) ainsi que Carlton-Ford et al. (1995), ils ont trouvé que les enfants plus âgés présentaient plus de problèmes de comportement comparativement aux plus

jeunes. Ainsi, Eiser et al. (1992) ont rapporté que, selon la perception des mères d'enfants atteints de six types de maladies chroniques, les sujets plus âgés étaient plus dépendants et éprouvaient plus de difficulté à suivre les règles imposées à la maison. Cependant, cette perception n'était pas partagée par les pères de ces enfants âgés de 6 à 17 ans. Quant à Carlton-Ford et al. (1995), ils ont constaté que l'âge de l'enfant était relié uniquement à son comportement à l'école et non à son comportement à la maison. À l'aide de régressions logistiques, ils ont noté que plus l'enfant vieillissait, plus il risquait d'éprouver des problèmes se situant dans le créneau clinique. Il y a donc lieu de se demander si dans le cas des adolescents atteints d'épilepsie, l'âge a un impact sur leur adaptation à la maladie.

Sexe de l'adolescent. De nombreux chercheurs ont analysé l'influence du sexe de l'individu atteint d'épilepsie sur son adaptation à la maladie. Leurs études peuvent être regroupées en deux catégories, soit 1) une première série d'études dans lesquelles les chercheurs ont comparé les résultats des garçons et filles à diverses échelles d'ajustement, à l'aide d'analyses de variance et 2) une seconde série d'études dans lesquelles les chercheurs ont tenté de prédire le fonctionnement psychosocial de leurs sujets à partir du sexe de ces derniers. Quelle que soit la méthode d'analyse statistique utilisée, les résultats de ces recherches demeurent contradictoires.

En ce qui concerne plus particulièrement les études portant sur un échantillon formé exclusivement d'adolescents, les résultats obtenus fluctuent en fonction de la variable dépendante mesurée. En effet, Westbrook et al. (1992) n'ont trouvé aucune différence significative entre les résultats des adolescentes et adolescents atteints d'épilepsie, à l'échelle

globale du Coopersmith Self-Esteem Inventory. Soulignons que cette absence de différence correspond à celle que l'on retrouve chez la population normale (Hattie, 1992). Pour leur part, Austin et al. (1996) ont constaté que les filles atteintes d'épilepsie rapportaient être plus anxieuses et moins heureuses que les garçons aux sous-échelles du concept de soi Piers-Harris. Par contre, leurs mères ont indiqué qu'elles entretenaient de meilleures relations sociales que les garçons. Enfin, Austin et al. (1996) ont noté un effet d'interaction entre le sexe de l'adolescent et la gravité de son épilepsie: les filles dont l'épilepsie était active et peu contrôlée étaient perçues par leurs mères comme ayant plus de difficultés de tous genres, comparativement aux filles dont l'épilepsie était contrôlée. Bien qu'ils n'aient pas comparé entre eux les résultats des garçons et filles atteints d'épilepsie temporale, Apter et al. (1991) ont découvert que les garçons atteints de cette maladie présentaient plus de problèmes de nature émotive comparativement à leurs pairs sains. Par contre, en ce qui concerne les compétences sociales, les filles tout comme les garçons ont obtenu des scores significativement inférieurs à ceux de leurs pairs.

Des résultats tout aussi diversifiés sont ressortis des études portant sur les enfants atteints d'épilepsie. Lors d'analyses de variance, Austin et al. (1992), Hoare et Kerley (1991), Matthews et al. (1982) de même que Williams et al. (1996) n'ont trouvé aucune différence significative entre les scores des garçons et filles aux échelles du Piers-Harris, du Rochester Adaptive Behavior Inventory, du CBCL et des questionnaires Rutter pour parents et professeurs. De plus, lors d'analyses de régressions multiples de type hiérarchique, Perrin et al. (1993) ainsi que Pianta et Lothman (1994) ont constaté que le sexe des enfants ne prédisait aucunement la perception qu'avaient ces derniers et leurs parents de leur

fonctionnement psychosocial. Par contre, cette même variable prédisait de manière significative la perception des professeurs; les garçons atteints d'épilepsie présentaient plus de problèmes que les filles. Pianta et Lothman (1994) ont d'ailleurs rapporté que 27% de la variance totale des problèmes comportementaux (externalizing) perçus par les professeurs était expliqué par le sexe de l'enfant. Aucun résultat significatif n'est toutefois ressorti en ce qui concerne l'échelle de problèmes émotifs (internalizing). C'est donc dire que le pouvoir prédicteur du sexe varie en fonction de la variable dépendante mesurée et de la source d'information utilisée. Outre ces deux derniers auteurs, Carlton-Ford et al. (1995), Gortmaker et al. (1990), Hoare et Mann (1994), Howe et al. (1993), Stores (1978) ainsi que Whitmann et al. (1982) ont aussi constaté que les garçons s'adaptaient moins bien à leur maladie que les filles. Austin et al. (1992) de même que McDermott et al. (1995) ont rapporté le contraire. D'ailleurs, lors d'une régression multiple de type stepwise, Austin et al. (1992) ont trouvé que le fait d'être une fille contribuait à prédire 4% de la variance totale du score obtenu à l'échelle globale de problèmes de comportement du CBCL. Enfin, deux autres études (Austin, 1988; Eiser et al., 1992) ont montré qu'il s'avérait difficile de déterminer qui, des garçons et des filles, constituaient le sous-groupe le plus vulnérable puisque tantôt l'un, tantôt l'autre, éprouvait plus de difficultés dans des domaines différents.

Il importe de souligner que certains de ces résultats concordent avec ceux obtenus lors d'études portant sur une population normale. A titre d'exemple, Achenbach (1991a) ainsi que Weine, Philipps et Achenbach (1995) ont noté que, selon le rapport des parents, des professeurs et des adolescents, les garçons ont tendance à manifester plus de problèmes comportementaux (externalizing problems) et les filles plus de problèmes émotifs

(internalizing problems) et ce, quelle que soit leur culture. Il y a donc lieu de se demander si certains des résultats obtenus concernant l'influence du sexe s'appliquent uniquement aux individus atteints d'épilepsie ou ne reflètent pas plutôt certaines tendances que l'on retrouve chez la population normale. Il s'avèrera donc important de comparer les résultats obtenus par les adolescents atteints d'épilepsie à ceux d'adolescents sains.

Deux conclusions principales peuvent être tirées de l'ensemble de ces recherches.

Tout d'abord, ces études indiquent que pour déterminer l'influence du sexe sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent atteint d'épilepsie, il soit préférable d'évaluer séparément les diverses dimensions du fonctionnement psychosocial. En effet, il semble que l'effet du sexe soit susceptible de varier selon la dimension que l'on tente de prédire (concept de soi, problèmes comportementaux, compétences sociales, par exemple). De plus, ces études montrent à quel point il s'avère essentiel de tenir compte de la source d'information utilisée avant de tirer des conclusions générales. Il importe de souligner à ce propos que très peu d'auteurs ont tenté de prédire la perception qu'ont eux-mêmes les enfants et adolescents de leur fonctionnement psychosocial à partir de variables socio-démographiques. L'ensemble des résultats reposent essentiellement sur le rapport des parents et des professeurs. Il apparaît donc pertinent de vérifier jusqu'à quel point des facteurs socio-démographiques, tels que le sexe et l'âge de l'adolescent atteint d'épilepsie, ont un effet sur la perception qu'a ce dernier de lui-même et de préciser, le cas échéant, la nature de la relation existant entre ces facteurs et la perception qu'a l'adolescent de son fonctionnement psychosocial.

Outre ces facteurs socio-démographiques, quelques chercheurs ont analysé l'influence de facteurs reliés à l'environnement social de l'adolescent.

Facteurs environnementaux prédictors du fonctionnement psychosocial chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie

Perceptions des relations familiales. Tel que mentionné précédemment, plusieurs chercheurs ont montré que la dynamique des familles dont un enfant était atteint d'épilepsie s'avèrait différente de celle retrouvée chez les familles dont tous les membres jouissaient d'une bonne santé. Parmi ces chercheurs, certains ont relevé la présence d'une relation significative entre les caractéristiques de la dynamique familiale et le fonctionnement psychosocial des enfants et adolescents atteints d'épilepsie.

En ce qui a trait aux recherches sur les adolescents, seuls Wolman et al. (1994) ont analysé l'influence du fonctionnement familial sur la santé mentale de leurs sujets. Ils ont indiqué que le niveau de cohésion familiale perçu par les adolescents atteints d'une maladie chronique (épilepsie, asthme, arthrite, etc.) contribuait à expliquer 8% de la variance totale de leur bien-être psychologique (emotional well-being). Plus le niveau de cohésion familiale augmentait, mieux se portaient ces adolescents. Il en était de même du groupe de comparaison formé d'adolescents sains; dans leur cas, le niveau de cohésion familiale contribuait à expliquer 20% de la variance totale de leur bien-être.

Quant aux recherches sur les enfants atteints d'épilepsie, elles ont révélé qu'une série de facteurs familiaux influençait le fonctionnement psychosocial des enfants. Tel que mentionné précédemment, Austin (1988) a administré plusieurs instruments de mesure aux parents, dont le CBCL et le Family Inventory of Resources for Management. Elle a noté que les mères qui ne percevaient aucun problème de comportement chez leur enfant malade rapportaient un niveau de communication, de support social, de maîtrise et d'adaptation

générale plus élevée au sein de leur famille, comparativement aux mères qui percevaient des problèmes de comportement significatifs chez leur enfant. A l'aide d'analyses de régressions multiples, Austin et al. (1992) ont observé que les niveaux de stress, de maîtrise et de support social au sein de la famille prédisaient de manière significative les résultats à l'échelle globale de problèmes de comportement du CBCL. Toutefois, chacun de ces facteurs familiaux ne contribuait à expliquer que 3 à 4% de la variance totale des problèmes de comportement. Pour leur part, Perrin et al. (1993) ont constaté que la qualité des relations familiales, telle que mesurée à l'aide du Family Environment Scale, était reliée de façon positive à l'adaptation psychosociale des enfants. Quels que soient l'état de santé des sujets (enfant sain vs atteint d'une maladie chronique) et la source d'information choisie (rapport de l'enfant, du parent ou du professeur), la qualité du climat familial prédisait de manière significative le score obtenu à l'échelle globale d'adaptation psychosociale. Les résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux des recherches portant sur des maladies chroniques autres que l'épilepsie. En effet, Overstreet et al. (1995), Safyer et al. (1993), Varni, Katz, Colegrove et Dolgin (1996), Wallander et Varni (1989), Wallander, Varni, Babani, Banis et Wilcox (1989), Wertlieb, Hauser et Jacobson (1986) ont trouvé que les enfants qui manifestaient un meilleur fonctionnement psychosocial provenaient de familles dans lesquelles les niveaux de cohésion, d'expression et d'organisation s'avéraient élevés. Par contre, lorsque les niveaux de conflit et de contrôle étaient importants au sein de la famille, les enfants malades manifestaient plus de difficultés. Il importe cependant de souligner que l'influence de ces divers facteurs familiaux fluctuait en fonction de la variable dépendante mesurée, qu'il s'agisse des problèmes émotifs et comportementaux ou des

compétences sociales. A la lumière de ces données, il est donc possible de supposer que des facteurs reliés à la dynamique familiale prédiront le fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie.

Quelques chercheurs (Lothman & Pianta, 1993; Lothman, Pianta & Clarson, 1990; Pianta & Lothman, 1994) ont pour leur part, analysé l'influence de l'interaction mère-enfant sur le comportement de l'enfant atteint d'épilepsie. Pour ce faire, ils ont recruté 59 enfants atteints d'épilepsie, âgés de 7 à 13 ans, puis ont observé les interactions de ces derniers avec leur mère lors de diverses tâches de résolution de problèmes. Ils ont découvert, entre autres, que la présence de comportements intrusifs et contrôlants chez la mère était reliée à une diminution de l'autonomie et de la confiance en soi chez l'enfant atteint d'épilepsie. On peut donc se demander si, lors de la période de l'adolescence, les niveaux d'indépendance et de contrôle retrouvés au sein de la famille influencent le concept de soi et le comportement général des jeunes atteints d'épilepsie.

Perceptions des relations avec les pairs. Comme le soulignent LaGreca et al. (1995), très peu de chercheurs se sont attardés à l'influence qu'exerce les pairs sur l'adaptation de l'adolescent à une maladie chronique. A notre connaissance, aucune des études consacrées aux adolescents atteints d'épilepsie n'a porté sur cet aspect. Cependant, Upton (1993) a indiqué que le fonctionnement affectif des adultes atteints d'épilepsie était relié de manière significative à la perception qu'avaient ces derniers de leurs relations avec leurs pairs. En effet, Upton (1993) a noté une corrélation positive entre l'estime de soi des 65 sujets âgés de 16 à 46 ans de son étude et la perception qu'avaient ces derniers du niveau de support social

fourni par leurs amis. Une corrélation négative est aussi ressortie entre la présence de symptômes de dépression et d'anxiété et le niveau de support social perçu. Par contre, la façon dont ces sujets qualifiaient leur relation avec leur meilleur ami n'était aucunement reliée à leur fonctionnement émotif. Il en était de même du nombre d'amis qu'ils comptaient au sein de leur réseau social. Il importe toutefois de souligner que 11 % de ces sujets n'avaient aucun ami et que plusieurs des instruments de mesure utilisés n'étaient pas standardisés. C'était le cas notamment de l'échelle mesurant la qualité de la relation avec le meilleur ami. On peut donc se demander jusqu'à quel point ces données s'appliqueraient à une population d'adolescents atteints d'épilepsie. Par conséquent, il serait pertinent de vérifier si certains aspects quantitatifs et qualitatifs des relations qu'entretiennent les adolescents avec leurs pairs prédisent leur fonctionnement psychosocial.

En fait, des recherches portant sur des enfants atteints d'autres maladies chroniques (Appleton et al., 1997; LaGreca, 1992; LaGreca et al., 1995; Varni, Setoguchi, Rappaport & Talbot, 1992) ont révélé l'existence d'un lien significatif entre le fonctionnement psychosocial de l'enfant malade et la perception qu'a ce dernier du support fourni par son entourage (pairs, famille, professeurs et compagnons de classe). Toutefois la nature de ce lien variait en fonction de plusieurs facteurs, soit le type de support évalué (support instrumental, affectif, etc.), la provenance de ce support (amis, compagnons de classe) et le type d'analyses effectuées (corrélations vs analyses de régressions multiples dans lesquelles plusieurs sources de support étaient évaluées en même temps). Ainsi, Varni et al. (1992) ont rapporté que les perceptions qu'avaient les enfants handicapés du support social fourni respectivement par leurs compagnons de classe, leurs professeurs, leurs parents et leur

meilleur ami, étaient corrélée de manière significative aux résultats obtenus aux échelles de dépression, d'anxiété et d'estime de soi. Toutefois, parmi ces quatre sources de support, seul le support fourni par les compagnons de classe est ressorti comme un facteur prédictif significatif lors des analyses de régressions multiples. LaGreca et al. (1995) ont constaté pour leur part, que parents et amis fournissaient des types de support distincts et exerçaient une influence différente sur le comportement de l'enfant face à son diabète (acceptation de la maladie, conformité aux plans de traitement, etc.).

Wolman et al. (1994) ont, quant à eux, évalué de quelle façon la présence de préoccupations face aux relations avec les pairs contribuait à expliquer la santé mentale des adolescents atteints d'une maladie chronique (épilepsie, asthme, diabète, etc.). Ils ont noté que plus les adolescents rapportaient s'inquiéter de leurs relations avec leurs pairs, moins ils éprouvaient un sentiment de bien-être psychologique. En fait, la présence de ces préoccupations contribuait à expliquer 5% de la variance totale du bien-être psychologique de ces jeunes. Aucun lien significatif n'est toutefois ressorti entre ces variables chez le groupe de comparaison.

En résumé, ces quelques études montrent que l'état des connaissances concernant l'influence des relations entretenues avec les pairs sur le fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'une maladie chronique s'avère limité.

De nombreux chercheurs ont, par ailleurs, analysé de quelle façon les caractéristiques spécifiques de l'épilepsie et de son traitement étaient reliées à l'adaptation de l'individu qui en était atteint.

Facteurs médicaux prédicteurs du fonctionnement psychosocial chez les enfants et les adolescents atteints d'épilepsie

Type de crises épileptiques. Plusieurs chercheurs ont tenté de savoir si les enfants atteints d'un type de crises épileptiques plutôt qu'un autre présentaient des difficultés d'adaptation importantes. Pour ce faire, certains de ces chercheurs ont divisé leurs sujets en sous-groupes en fonction du type de crises dont ils souffraient, puis ont comparé les résultats de ces derniers à l'aide d'analyses de variance. D'autres ont effectué des analyses de corrélations et de régressions multiples afin de décrire la nature du lien existant entre le type de crises de leurs sujets et les diverses dimensions de leur fonctionnement psychosocial. Quelle que soit la méthode d'analyse utilisée, les résultats obtenus demeurent contradictoires. En effet, Austin et al. (1992), Hermann et al. (1981), Hoare et Mann (1994), Whitman et al. (1982) ainsi que Williams et al. (1992) n'ont observé aucune différence significative entre les scores de leurs sous-groupes de sujets aux diverses échelles du CBCL. Par contre, Mandelbaum et Burack (1997) ont noté que les enfants atteints de crises d'absence généralisées présentaient plus de problèmes émotifs au CBCL, comparativement aux enfants atteints de crises partielles ou tonico-cloniques. Quant aux auteurs (Camfield et al., 1993; Hoare, 1984a; Perrin et al., 1993; Stores, 1978; Westbrook et al., 1992) qui ont évalué le fonctionnement psychosocial de leurs sujets à l'aide d'autres instruments que le CBCL, la plupart d'entre eux s'entendent pour dire que les crises d'épilepsie partielles auraient l'effet le plus néfaste. Toutefois, les résultats fluctuent en fonction de la variable dépendante mesurée. Ainsi, selon Westbrook et al. (1992), les crises d'épilepsie partielles contribueraient de manière significative à prédire une faible estime de soi chez les

adolescents, alors que selon Camfield et al. (1993), ce type de crises épileptiques contribuerait de façon positive au succès social des jeunes de 7 à 28 ans. Il est à noter qu'une seule de ces études contient un échantillon formé exclusivement d'adolescents et des données recueillies auprès de ces derniers.

Age d'apparition des premières crises d'épilepsie. Tout comme pour le type de crises, les résultats des études sur l'influence de l'âge d'apparition des premières crises épileptiques demeurent contradictoires. Certains auteurs (Austin, 1988; Austin et al., 1992; Elliott, 1992; Hoare, 1984a; Pianta & Lothman, 1994) n'ont observé aucun lien entre cette variable et le fonctionnement psychosocial de leurs sujets et ce, quelle que soit la méthode d'analyse utilisée. D'autres ont noté que plus l'enfant était jeune lors de l'apparition de ses premières crises, plus il présentait des problèmes de comportement ultérieurement, que ce soit au cours de son enfance (Hoare & Kerley, 1992; Hoare & Mann, 1994; Hermann et al., 1989) ou de sa vie adulte (Jalava & Sillanpää, 1996). Une corrélation positive est aussi ressortie entre les compétences sociales des enfants et l'apparition tardive de leurs crises épileptiques (Hermann et al., 1992). Toutefois, l'ensemble des résultats de ces études reposent uniquement sur le rapport des parents d'enfants atteints d'épilepsie. On peut donc se demander si des liens semblables existent entre l'âge d'apparition des crises et la perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial.

Fréquence et niveau de contrôle des crises épileptiques. Qu'ils aient mesuré la fréquence des crises d'épilepsie ou leur niveau de contrôle (partiel vs total), la majorité des

auteurs s'accordent à dire que plus la fréquence des crises est élevée, plus les enfants sont susceptibles de présenter des problèmes au niveau de leur concept de soi (Austin, 1988; Westbrook et al., 1992), de leur comportement (Austin et al., 1992; Elliott, 1992; Hermann et al., 1989; Hoare, 1984a; Hoare & Kerley, 1991; Nicholson & Pianta, 1994; Williams et al., 1996) et de leurs compétences sociales (Hermann et al., 1992). Cependant, les pourcentages de variance rapportés fluctuent selon la variable dépendante mesurée et sont généralement peu élevés (soit entre 3% et 14%). De plus, quand on s'attarde aux études dans lesquelles les résultats de sous-groupes de sujets ayant des niveaux de contrôle variés ont été comparés, on constate que même si des différences significatives sont ressorties entre ces sous-groupes, il arrive que les moyennes obtenues aux échelles de fonctionnement psychosocial demeurent dans les normes. C'est le cas, par exemple dans l'étude d'Austin, où les résultats des enfants à l'échelle de concept de soi Piers-Harris se situaient dans les normes, quel que soit le niveau de contrôle de leurs crises. Enfin, trois chercheurs (Carlton-Ford et al., 1995; Hoare & Mann, 1994; Mitchell, Scheier & Baker, 1994) n'ont noté aucune relation entre le niveau de contrôle des crises et la perception qu'avaient les parents du comportement de leur enfant.

Traitements de l'épilepsie et effets secondaires. Comme le souligne Austin (1996), peu d'études empiriques ont démontré que la prise de médicaments anticonvulsivants mène à des problèmes émotifs et comportementaux chez les enfants. Austin et al. (1992) ainsi que Hoare (1984a) ont comparé le fonctionnement psychosocial de leurs sujets en fonction du nombre de médicaments pris par ces derniers. Hoare (1984a) a remarqué que les enfants à

qui on avait prescrit plus d'un médicament étaient perçus par leur entourage comme ayant plus de problèmes que ceux qui n'en prenaient qu'un seul. Quant à Austin et al. (1992) ils n'ont noté aucune différence entre ces deux sous-groupes de sujets. Elliott (1992) a observé, pour sa part, une corrélation positive significative entre la prise de plusieurs médicaments et la présence de problèmes au niveau du fonctionnement psychosocial de 25 adolescents ontariens atteints d'épilepsie partielle complexe. Il est à noter cependant, que contrairement aux autres chercheurs, Elliott (1992) a évalué le fonctionnement psychosocial à l'aide d'un instrument de mesure spécifique à l'épilepsie, soit l'Adolescent Psychosocial Seizure Inventory. Quant à Hermann et al. (1989), ils ont constaté que la prise de plusieurs médicaments prédisait de manière significative la présence de problèmes aux diverses échelles du CBCL. Rappelons, toutefois, que ces auteurs ont effectué de nombreuses analyses de régressions sans utiliser d'indice de correction afin de contrôler la présence possible d'erreur de Type 1.

Certains médicaments anticonvulsivants ont des effets secondaires nuisibles. Par exemple, l'emploi à long terme du phenobarbital est reconnu pour ses effets néfastes sur le fonctionnement cognitif et comportemental des enfants (Kim, 1991). Cependant, aucun des chercheurs qui se sont intéressés aux adolescents n'a, à notre connaissance, évalué l'impact de ces effets secondaires de façon isolée. En fait, des auteurs tels qu'Austin et al. (1996), ont construit des échelles de gravité de l'épilepsie dans lesquels ils ont inclu plusieurs variables, dont la présence d'effets secondaires.

A partir d'un ensemble de données médicales, Austin et al. (1996) ont établi trois catégories de niveau de gravité de l'épilepsie, puis comparé les résultats des adolescents se

trouvant dans chacune de ces catégories. Ils ont noté que les sujets dont l'état de santé pouvait être qualifié de grave (crises fréquentes et non contrôlées par la prise de médicaments) avaient un niveau de qualité de vie moins élevé que celui des sujets dont l'épilepsie était inactive (absence de crises et de médicaments depuis un an); ils manifestaient plus de problèmes de nature émotive et sociale, selon le rapport de leur mère et de leur professeur au CBCL.

Pianta et Lothman (1994) ont aussi construit une échelle de gravité de l'épilepsie, puis inclu cette dernière dans les analyses de régressions multiples visant à prédire la présence de problèmes émotifs et comportementaux chez les enfants âgés de 7 à 13 ans. Ils ont constaté que le niveau de gravité de la maladie ne contribuait aucunement à expliquer le pourcentage de la variance totale des problèmes émotifs et comportementaux perçus par les mères et les professeurs.

Visibilité des crises épileptiques. Seidenberg et Berent (1992) de même que Westbrook et al. (1992) soupçonnent que la présence d'une crise épileptique en public suscite des réactions de peur et d'embarras chez l'individu qui en est atteint ainsi que chez les personnes qui en sont témoins. Toutefois, aucun chercheur n'a évalué de façon empirique l'influence de cet aspect sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent. Il serait donc pertinent de déterminer si le caractère visible de l'épilepsie a un impact négatif sur le comportement général de l'adolescent.

Absentéisme scolaire. Quelques études ont montré que les enfants et adolescents atteints d'une maladie chronique comme l'épilepsie, ont un taux d'absentéisme scolaire plus élevé que celui de leurs pairs sains (Boyle et al., 1994; Westbrook, 1991). Toutefois, peu de chercheurs ont tenté de savoir si ce taux d'absentéisme avait un effet sur le fonctionnement psychosocial des enfants malades. En ce qui concerne les enfants atteints d'épilepsie, Austin (1988) a relevé que ceux qui manifestaient des problèmes de comportement importants avaient manqué un plus grand nombre de jours d'école durant l'année précédant la collecte de données, comparativement aux enfants dont les résultats se situaient dans les normes. On peut donc se demander ce qui en est des adolescents atteints de cette maladie.

Pendley, Dahlquist et Dreyer (1997) ont, pour leur part, évalué des adolescents atteints de cancer. Ils n'ont trouvé aucune corrélation significative entre les résultats de ces adolescents à diverses échelles d'image corporelle et leur taux d'absentéisme scolaire au cours du mois précédant l'étude.

Somme toute, l'ensemble de ces recherches sur les facteurs médicaux laisse croire que certaines caractéristiques de l'épilepsie et de son traitement seraient susceptibles d'influencer le fonctionnement psychosocial des adolescents. Il reste toutefois à savoir quelle importance relative auraient ces facteurs médicaux par rapport aux facteurs socio-démographiques et environnementaux. C'est ce qu'ont tenté de déterminer quelques chercheurs (Austin et al., 1992; Hermann et al., 1989; 1992; Hoare & Mann, 1994) en effectuant des régressions multiples dans lesquelles ils ont inclus à la fois des facteurs médicaux et des facteurs socio-démographiques ou environnementaux. Seuls Austin et al. (1992) ont inclus des facteurs

reliés spécifiquement à la dynamique familiale: ils ont constaté que ces facteurs contribuaient davantage à prédire le fonctionnement psychosocial des enfants par rapport aux facteurs médicaux et socio-démographiques. Quant aux résultats des autres études, ils laissent croire que les facteurs médicaux et socio-démographiques joueraient un rôle d'importance égale. A titre d'exemple, Hermann et al. (1992) ont relevé que 15 % des compétences sociales des enfants atteints d'épilepsie était expliqué par deux variables médicales et deux variables socio-démographiques. Il faut noter cependant que ces chercheurs n'ont pas toujours justifié le choix des variables entrées dans leurs régressions en se basant sur un modèle théorique ou sur les résultats des recherches antérieures; ils ont plutôt sélectionné certaines variables dans chacune des catégories de facteurs en se basant sur les corrélations significatives existant entre ces variables et les variables dépendantes qu'ils cherchaient à prédire.

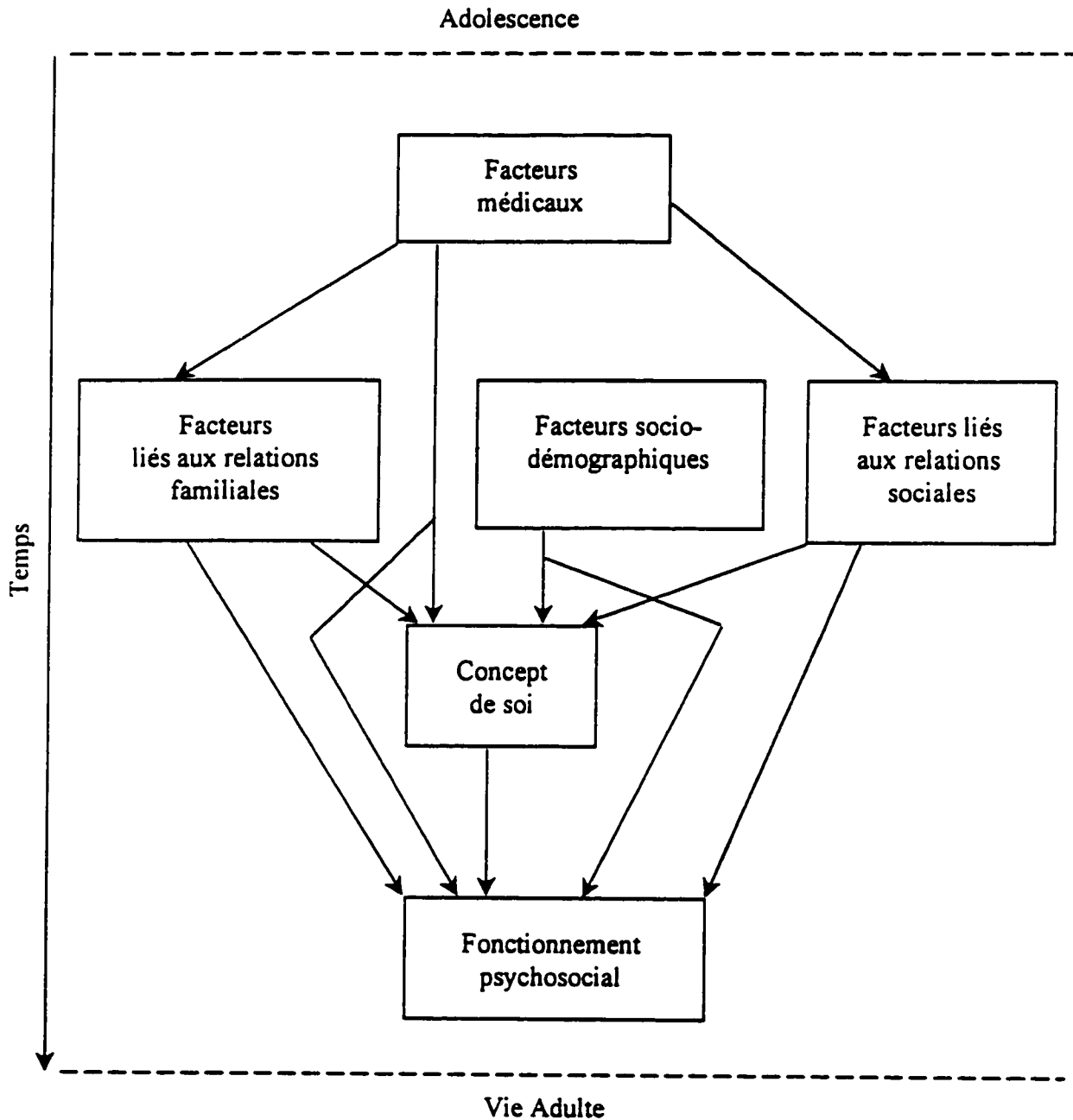
Modèle théorique du fonctionnement psychosocial chez les adolescents atteints d'épilepsie

Pless et Pinkerton (1975) ont développé un modèle théorique d'adaptation à la maladie chronique durant l'enfance. Ce modèle théorique adopte une perspective développementale et considère l'adaptation à une maladie chronique comme un processus dynamique qui s'étend de l'enfance à la vie adulte. Selon ce modèle, le niveau d'adaptation à la maladie change avec le temps et varie en fonction du concept de soi, du style de coping et du fonctionnement psychologique global de l'enfant malade. Des facteurs liés à la maladie chronique, à la dynamique familiale, à l'environnement social (pairs, professeurs, etc.) et aux caractéristiques idiosyncratiques de l'enfant (âge, sexe, tempérament, etc.) viennent de part et d'autre, influencer de manière directe ou indirecte son concept de soi et son style de coping.

Ces deux variables dépendantes ont à leur tour un effet direct sur le fonctionnement psychologique de l'enfant. Selon Pless et Pinkerton (1975), cet effet se poursuit au cours de l'adolescence, puis de la vie adulte et détermine le fonctionnement psychologique de l'individu durant ces périodes.

Afin de répondre aux besoins de la présente recherche, ce modèle théorique a été modifié à plusieurs niveaux. Comme l'illustre la figure 1, le style de coping a été exclu du modèle étant donné qu'à notre connaissance, cet aspect n'a pas été évalué chez les adolescents atteints d'épilepsie et que son évaluation aurait dépassé les objectifs de la présente étude. La variable fonctionnement psychologique a, quant à elle, été remplacée par une variable nommée fonctionnement psychosocial, dans le but de tenir compte à la fois des compétences sociales des adolescents et de leur fonctionnement psychologique global (présence ou absence de problèmes émotifs et comportementaux). De plus, il a été choisi de s'attarder uniquement aux relations entretenues avec la famille et les pairs afin de couvrir l'influence exercée par l'environnement social. Étant donné que les recherches dans le domaine de l'épilepsie ont montré l'existence de liens significatifs entre les différents facteurs prédicteurs et le fonctionnement psychosocial, des flèches allant directement de ces facteurs au fonctionnement psychosocial ont été ajoutées. C'est donc dire que les divers facteurs prédicteurs sont susceptibles d'influencer le fonctionnement psychosocial de manière directe ou indirecte, via le concept de soi. C'est ce que tentera de vérifier la présente étude. Il est à noter cependant que les liens existant entre les facteurs médicaux et les facteurs reliés aux relations avec les pairs et la famille ne seront pas explorés; une telle analyse aurait dépassé les objectifs de cette recherche.

Figure 1. Adaptation du modèle de Pless et Pinkerton (1975) sur l'adaptation à une maladie chronique durant l'enfance



Objectifs généraux

La présente étude comporte plusieurs objectifs généraux, soit de répondre tout d'abord aux questions suivantes: (1) L'épilepsie a-t-elle un impact sur le fonctionnement émotif et comportemental des adolescents qui en sont atteints de même que sur la façon dont ils perçoivent leur réseau social? (2) Jusqu'à quel point les facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux prédisent-ils la perception qu'ont les adolescents atteints d'épilepsie de leur fonctionnement psychosocial? (3) Ces facteurs sont-ils semblables à ceux qui prédisent la perception qu'ont les adolescents sains de leur fonctionnement psychosocial?

La présente recherche vise aussi à surmonter les faiblesses méthodologiques soulevées dans les études effectuées jusqu'à présent. En effet, elle a été conçue avec l'objectif d'utiliser une perspective multidimensionnelle et d'obtenir des données de différentes sources d'information (adolescent, parent, neurologue), à l'aide d'instruments de mesure standardisés. Grâce à l'inclusion d'un groupe de comparaison, jumelé selon l'âge, le sexe et le type de constellation familiale, elle a aussi pour but de tenir compte de l'influence possible des facteurs liés au développement normal de l'adolescence. Cette procédure particulière de jumelage a été adoptée uniquement dans le but de préserver un certain niveau d'homogénéité au sein des deux groupes de sujets.

A la lumière de ces objectifs généraux ainsi que des modèles théoriques et résultats des recherches effectuées jusqu'à présent, plusieurs hypothèses et questions de recherche ont été formulées.

Hypothèses

Afin de répondre à la première question, à savoir si l'épilepsie a un impact sur le fonctionnement émotif et comportemental des adolescents qui en sont atteints de même que sur la façon dont ils perçoivent leur réseau social, les hypothèses 1 à 3 ont été formulées:

1. Les adolescents atteints d'épilepsie auront une perception plus négative de leur fonctionnement psychosocial que celle des adolescents du groupe de comparaison.

a) Sur le plan affectif, les adolescents atteints d'épilepsie rapporteront un concept de soi global moins élevé que celui des adolescents du groupe de comparaison. Les perceptions du concept de soi seront mesurées via le Self-Description Questionnaire-II (Marsh, 1992) que rempliront les adolescents.

b) Sur le plan comportemental, les adolescents atteints d'épilepsie présenteront plus de problèmes émotifs (internalizing problems) et comportementaux (externalizing problems) que les adolescents du groupe de comparaison. Le Youth Self-Report (Achenbach, 1991b), rempli par l'adolescent et le Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991a), rempli par l'un de ses parents, serviront à mesurer ces types de problèmes.

c) Sur le plan du fonctionnement social général, les adolescents atteints d'épilepsie rapporteront détenir de moins bonnes compétences sociales que celles de leurs pairs ainsi qu'un réseau social global (incluant la famille, les pairs et autres adultes) plus restreint. Les compétences sociales seront évaluées via les instruments de mesure cités dans l'hypothèse 1b. La grandeur totale du réseau social sera évaluée grâce au List of Important People in Your Life.

d) Comme hypothèse secondaire, sur le plan scolaire et professionnel, les adolescents atteints d'épilepsie auront plus de problèmes académiques (redoublement, recours à une aide spéciale) et éprouveront plus de difficultés à obtenir un emploi que les adolescents du groupe de comparaison. Ces variables seront mesurées grâce au Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991a) et au questionnaire socio-démographique, remplis par l'un des parents.

2. Les adolescents atteints d'épilepsie auront une perception plus négative des relations qu'ils entretiennent avec leurs pairs que celle des adolescents du groupe de comparaison.

a) D'un point de vue quantitatif, la taille du réseau social des pairs sera moins élevée chez les adolescents atteints d'épilepsie que chez les adolescents du groupe de comparaison. De plus, le pourcentage de temps passé avec les pairs sera inférieur chez les adolescents atteints d'épilepsie. Le nombre total de pairs inclus dans le réseau social de l'adolescent sera évalué grâce au List of Important People in Your Life. Le pourcentage de temps passé avec les pairs sera mesuré via la méthode d'observation indirecte intitulée Experience Sampling Method (Csikszentmihalyi & Larson, 1984).

b) D'un point de vue qualitatif, les adolescents atteints d'épilepsie rapporteront un moins bon concept de soi que celui des adolescents du groupe de comparaison en ce qui touche spécifiquement les relations qu'ils entretiennent avec leurs pairs du même sexe et du sexe opposé. De plus, ils rapporteront des niveaux de support social et de satisfaction moins élevés que ceux des adolescents du groupe de comparaison en ce qui a trait à leur relation avec leur "meilleur ami". Le concept de soi social sera évalué à l'aide du même instrument de mesure qu'à l'hypothèse 1a. Le Network of Relationships Inventory (Furman &

Buhrmester, 1985) servira à mesurer les niveaux de satisfaction et de support social que l'adolescent perçoit dans sa relation avec son meilleur ami.

3. Les adolescents atteints d'épilepsie auront une perception plus négative des relations qu'ils entretiennent avec leur famille que celle des adolescents du groupe de comparaison.

a) D'un point de vue quantitatif, la proportion du réseau social qui est représentée par les membres de la famille sera plus élevée chez les adolescents atteints d'épilepsie que chez les adolescents du groupe de comparaison. De plus, le pourcentage de temps passé avec la famille sera supérieur chez les adolescents atteints d'épilepsie. La proportion du réseau social représentée par les membres de la famille sera évaluée grâce au List of Important People in Your Life qui permet de calculer la taille totale du réseau social (incluant la famille, les pairs et autres adultes) ainsi que le nombre de membres de la famille qui en font partie. Le pourcentage de temps passé avec la famille sera mesuré via l'Experience Sampling Method (Csikszentmihalyi & Larson, 1984).

b) D'un point de vue qualitatif, les adolescents atteints d'épilepsie auront une perception plus négative de la dynamique de leur famille que celle des adolescents du groupe de comparaison. La dynamique familiale sera évaluée via le Family Environment Scale (Moos & Moos, 1986) rempli par l'adolescent de même que par l'un de ses parents.

Questions de recherche

Outre ces hypothèses, trois questions de recherche ont été formulées afin d'explorer les effets des facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux sur la

perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial. En effet, l'état des connaissances actuel concernant l'influence de ces facteurs sur le fonctionnement psychosocial des adolescents ne permettait pas de prédire de façon systématique le sens de la relation entre ces variables et c'est pourquoi aucune hypothèse spécifique n'a été émise.

1. Des facteurs socio-démographiques, tels que le sexe et l'âge de l'adolescent de même que le revenu annuel de sa famille ont-ils un effet sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent? Et si oui, quelle est la nature de la relation entre ces facteurs et le fonctionnement psychosocial de l'adolescent? Le questionnaire socio-démographique fournira les informations concernant ces facteurs.

2. Des facteurs reliés à l'environnement social ont-ils un effet sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent?

a) De façon plus spécifique, les facteurs reliés aux perceptions qu'a l'adolescent de ses relations avec ses pairs ont-ils un effet sur son fonctionnement psychosocial? Et si oui, quelle est la nature de la relation entre ces facteurs et le fonctionnement psychosocial de l'adolescent? Les facteurs reliés aux perceptions qu'a l'adolescent de ses relations avec ses pairs seront évalués grâce à certains des instruments de mesure cités dans l'hypothèse 2.

b) Des facteurs reliés à la dynamique familiale ont-ils aussi un effet sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent? Et si oui, quelle est la nature de la relation entre ces facteurs et le fonctionnement psychosocial de l'adolescent? Les facteurs reliés à la dynamique familiale seront évalués grâce à certains des instruments de mesure cités dans

l'hypothèses 3.

3. Des facteurs médicaux reliés à l'état de santé général de l'adolescent de même qu'à l'épilepsie et à son traitement ont-ils un effet sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent? Et si oui, quelle est la nature de la relation entre ces facteurs et le fonctionnement psychosocial de l'adolescent? Les facteurs médicaux généraux et spécifiques seront évalués via des questionnaires médicaux que rempliront l'adolescent, l'un de ses parents et, dans le cas du groupe clinique, le neurologue.

Ces questions de recherche seront vérifiées auprès des deux groupes de sujets (groupes clinique et de comparaison). La perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial sera évaluée grâce à trois échelles du Youth Self-Report (YSR), soit les échelles de problèmes émotifs, de problèmes comportementaux et de compétences sociales. A cela s'ajoutera l'échelle du concept de soi global du Self-Description Questionnaire-II (SDQ-II) dans le but de vérifier si, tel que le suggère le modèle théorique proposé, les facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux prédisent aussi le fonctionnement psychosocial de manière indirecte, via une influence sur le concept de soi.

A la lumière des résultats de ces trois questions de recherche, des analyses supplémentaires seront effectuées concernant la prédiction du fonctionnement psychosocial de l'adolescent. Elles viseront à déterminer l'importance relative des différents facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux qui seront ressortis. Ainsi, il sera possible

d'établir si un type de facteurs plutôt qu'un autre prédit davantage le fonctionnement psychosocial des adolescents de cet échantillon, que ce soit de manière directe ou indirecte (via le concept de soi). Ces analyses permettront aussi de préciser si l'importance relative de ces divers types de facteurs varie en fonction du groupe de sujets à l'étude (groupe clinique vs de comparaison). Des analyses supplémentaires seront également effectuées afin de déterminer si, tel que le suggère le modèle théorique, l'image que se fait l'adolescent de son concept de soi (échelle globale du SDQ-II) influence la perception qu'il a de son fonctionnement psychosocial (échelles du YSR).

Méthode

Sujets

Groupe clinique.

Soixante-quinze adolescents (32 garçons et 43 filles) atteints d'épilepsie ont répondu aux critères de sélection de l'étude et participé en compagnie d'au moins un de leurs parents.

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants:

1. Le diagnostic d'épilepsie avait été clairement émis par un neurologue au moins six mois avant la participation à l'étude.
2. L'adolescent faisait ou avait déjà fait des crises épileptiques. De plus, il prenait ou avait déjà pris des médicaments lui permettant de les contrôler. Toutefois, si depuis l'âge de dix ans, il ne prenait plus de médicaments et n'avait pas fait de crises, il était exclu.
3. L'adolescent était âgé de 11 à 18 ans et fréquentait l'école.
4. L'adolescent savait lire et écrire et n'éprouvait aucun retard significatif au niveau développemental selon la perception de son neurologue et de ses parents.
5. L'adolescent, tout comme le(s) parent(s) qui participai(en)t, savaient parler et lire l'anglais.
6. L'adolescent vivait dans sa famille avec au moins un de ses parents ou de ses tuteurs. S'il ne demeurait pas avec l'un de ses parents, il devait avoir habité plus de cinq ans chez les mêmes tuteurs.
7. L'adolescent vivant en institution ou souffrant d'un autre handicap majeur (surdité,

paralysie cérébrale, par exemple) était exclu.

Tous les participants du groupe clinique ont été recrutés parmi les adolescents qui fréquentaient le département de neurologie de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario et le bureau privé d'un neurologue exerçant à ce même hôpital. La moyenne d'âge de ces adolescents était de 14.37 ans (ET = 1.84 ans) et variait de 11.06 ans à 18.45 ans. Parmi ces 75 adolescents, douze d'entre eux provenaient d'une famille monoparentale.

Groupe de comparaison.

Soixante-dix adolescents (30 garçons, 40 filles) ont été recrutés au sein de la population des régions d'Ottawa-Carleton et de l'Outaouais dans le but de former un groupe de comparaison. Ils ont tous été jumelés un à un avec les adolescents du groupe clinique en fonction de leur âge, leur sexe et leur style de constellation familiale (un ou deux parents). Cette procédure avait pour but de préserver un certain niveau d'homogénéité au sein des deux groupes de sujets. Au total, 70 paires de sujets ont été formées car aucun équivalent satisfaisant n'a pu être trouvé pour cinq des 75 adolescents du groupe clinique.

Chacun des adolescents du groupe de comparaison devait répondre aux critères d'inclusion et d'exclusion 3 à 7 et ne souffrir d'aucune maladie chronique. La moyenne d'âge des adolescents de ce groupe était de 14.57 ans (ET = 1.77 ans) et variait de 11.25 ans à 18.49 ans. Dix d'entre eux provenaient d'une famille monoparentale.

Tous les adolescents ayant participé à cette étude ont reçu une somme variant de 20 à 40 dollars en reconnaissance de leur contribution et afin de couvrir les dépenses auxquelles ils ont pu faire face (frais de transport, par exemple). La somme maximale leur était allouée

lorsqu'ils venaient à l'Institut de recherche de l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario et la somme minimale, lorsque le chercheur devait se rendre à leur domicile.

Procédure

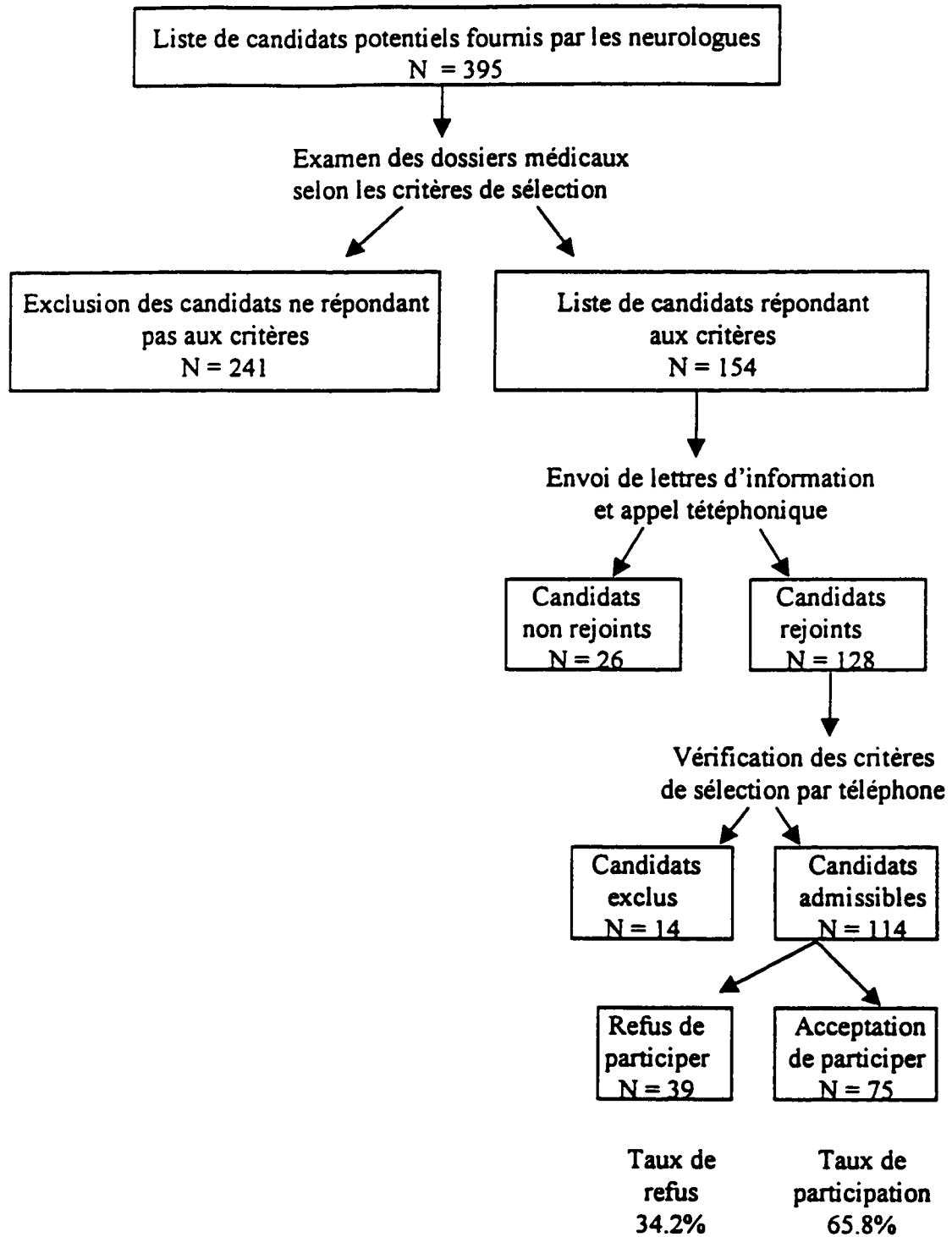
Recrutement.

Le recrutement des sujets du groupe clinique s'est déroulé en plusieurs étapes, tel qu'illustré à la figure 2.

Dans un premier temps, un recensement de tous les dossiers médicaux des adolescents atteints d'épilepsie traités à l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario et au bureau privé d'un des neurologues de cet hôpital a été effectué. Au total, 395 dossiers ont été analysés et seulement 154 d'entre eux furent retenus. Les autres furent exclus car ils ne répondaient pas aux critères de sélection de l'étude. A titre d'exemple, parmi ces adolescents, 40% souffraient d'une déficience mentale ou d'un autre handicap majeur et 30% n'avaient pas reçu un diagnostic clair d'épilepsie ou n'avaient pas fait de crises ni pris de médicaments depuis l'âge de dix ans.

Dans un deuxième temps, une fois l'accord des neurologues obtenu, les 154 adolescents répondant aux critères de sélection ont été contactés par écrit ou en personne à l'occasion d'une de leur visite médicale. Chaque adolescent de même que ses parents ont alors reçu une lettre d'information (Appendices A et B) leur expliquant le but et le déroulement de la recherche ainsi qu'un formulaire leur demandant d'indiquer si oui ou non, ils désiraient participer. Afin de leur faciliter la tâche, une enveloppe de retour préadressée et dûment affranchie leur a été fournie. Lorsqu'une famille omettait de retourner son

Figure 2. Processus de recrutement des sujets du groupe clinique



coupon-réponse, un membre de l'équipe de recherche la contactait par téléphone afin de vérifier si elle avait bien reçu la lettre d'information et connaître sa décision. S'il y avait lieu, un rendez-vous était fixé.

Des affiches décrivant la recherche et invitant les adolescents atteints d'épilepsie à communiquer avec un membre de l'équipe ont aussi été disposées dans les salles d'examen des neurologues. De plus, à chaque mois, un membre de l'équipe s'est informé auprès des neurologues de la présence de nouveaux sujets potentiels.

Au total, 154 lettres ont été envoyées et toutes suivies d'un appel téléphonique, hormis les cas où la famille avait déjà répondu par écrit qu'elle refusait de participer. Vingt-six familles n'ont pu être rejointes d'aucune façon. Lors de l'appel téléphonique, le chercheur expliquait l'étude en détails à l'adolescent, puis à l'un de ses parents. S'ils se montraient intéressés à participer, le chercheur s'assurait qu'ils répondaient bien aux critères de sélection. Parmi les 128 adolescents contactés lors de cette troisième étape, 14 ont été exclus pour les raisons suivantes: (a) langue (quatre cas), (b) déménagement de la famille à l'extérieur de la région (quatre cas), (c) domicile de l'adolescent différent de celui des parents/tuteurs (deux cas), (d) tuteurs différents au cours des cinq dernières années (un cas), (e) âge (un cas) (f) retard du développement (un cas), (g) décrochage scolaire (un cas). Des 114 candidats potentiels restants, 39 ont refusé de participer. Parmi ces derniers, seulement la moitié ont justifié leur refus en invoquant les raisons suivantes: (a) horaire trop chargé ou présence d'événements stressants au sein de la famille (deuil, par exemple) (huit cas), (b) objection à mettre l'accent sur la maladie ou à simplement en parler (quatre cas), (c) adolescent considéré comme étant "totalement guéri" par sa famille (trois cas), (d) gêne ou

peur de participer (deux cas), (e) collaboration antérieure à plusieurs études (deux cas), (f) refus de porter un téléavertisseur (deux cas), (g) acceptation initiale à participer mais absence à la première rencontre fixée et refus de communiquer avec l'équipe par la suite (un cas). Pour chacun des adolescents atteints d'épilepsie ayant refusé de collaborer à la recherche, un questionnaire médical a été rempli par son neurologue (voir la section sur les Instruments de mesures pour de plus amples détails).

Somme toute, 65.8 % des adolescents répondant à tous les critères de sélection de l'étude ont accepté de participer. Aucun de ces sujets n'a abandonné l'étude.

En ce qui a trait aux sujets du groupe de comparaison, ces derniers ont été recrutés de plusieurs façons. D'une part, des annonces ont été publiées dans des journaux et affichées dans des centres communautaires ainsi que dans des centres pour jeunes de la région d'Ottawa-Carleton. Elles invitaient les adolescents à communiquer par téléphone avec le chercheur. D'autre part, chacun des participants à l'étude pouvait encourager ses amis à se porter volontaires et à communiquer avec l'équipe de recherche. Une liste d'environ deux cents candidats potentiels a ainsi pu être dressée et utilisée lors du jumelage des sujets. Lorsqu'un adolescent était sélectionné, le chercheur l'appelait et adoptait la même procédure que pour le groupe clinique avant de fixer un premier rendez-vous. Au total, 72 adolescents, accompagnés d'un de leurs parents, ont participé. Toutefois, deux d'entre eux ont dû être exclus par la suite. L'un s'est trouvé en état de crise aigüe et dut être référé immédiatement à des services professionnels. Les données de l'autre sujet, soit la soeur jumelle d'une adolescente atteinte d'épilepsie, n'ont pu être jumelées à celles d'un sujet du groupe clinique. Aucun des 70 sujets restants n'a abandonné l'étude.

Evaluations.

Chaque adolescent a rencontré un membre de l'équipe de recherche à deux reprises. Dans l'intervalle d'une semaine qui séparait ces deux rencontres, il a recueilli des informations concernant ses interactions sociales.

Lors de la première visite, l'adolescent et l'un de ses parents ont d'abord signé un formulaire de consentement, une fois bien informés des limites de la confidentialité de l'étude (Appendice C et D respectivement pour les sujets des groupes clinique et de comparaison). Puis, le chercheur a administré séparément les instruments de mesure à l'adolescent et à ses parents. Lorsque les deux parents ont accepté de participer, ils ont rempli les deux premiers questionnaires ensemble puis les autres séparément. Par la suite, seules les données d'un parent ont été retenues, de manière à ce qu'un nombre égal de questionnaires remplis par les mères vs les pères se retrouve dans chacun des deux groupes de sujets. En dernier lieu, le chercheur a expliqué la méthode d'observation indirecte, intitulée Experience Sampling Method, à l'adolescent. Puis, il a effectué des essais avec lui afin de s'assurer qu'il avait bien compris les procédures à suivre durant la semaine. Cette première rencontre a duré environ trois heures. Une seconde rencontre, qui elle s'est déroulée en moins d'une heure, a servi à passer en revue les données recueillies par l'adolescent pendant la semaine de même que ses impressions générales sur l'étude.

Toutes les évaluations ont eu lieu durant l'année scolaire, soit de janvier à juin 1993, puis de septembre 1993 à juin 1994.

Après chaque évaluation, un questionnaire médical a été envoyé au neurologue traitant des adolescents du groupe clinique. Ce questionnaire était identique à celui rempli dans le

cas d'un refus de participation.

Instruments de mesure

Toutes les données de cette recherche ont été obtenues à partir de trois sources d'information, soit les neurologues, les adolescents et les parents participants. La section qui suit présente une description des instruments de mesure dans l'ordre dans lequel ils ont été administrés.

Instruments de mesure administrés aux neurologues.

1. Questionnaire médical (Appendice E): Ce questionnaire a été développé spécifiquement pour cette étude. Il sert à évaluer différentes caractéristiques reliées à l'épilepsie et à son traitement de même que la présence de problèmes autres que médicaux au cours des six derniers mois. Ce questionnaire permet de comparer les données des adolescents ayant refusé de participer à celles de ceux ayant accepté.

Instruments de mesure administrés aux adolescents.

1. Questionnaire médical (Appendices F et G: groupes clinique et de comparaison): Tout comme celui des neurologues, ce questionnaire a été développé spécialement pour les fins de cette étude. Dans le cas du groupe clinique, il adopte le même format que celui des neurologues mais est plus élaboré. En ce qui concerne le questionnaire médical du groupe de comparaison, il a été développé dans le but de répondre à deux objectifs, soit 1) s'assurer que l'adolescent ne souffre d'aucune maladie importante et 2) recueillir des données sur sa

santé générale pouvant être comparées à celles des sujets du groupe clinique (nombre de jours d'absence scolaire par mois, restrictions dans les activités quotidiennes à cause d'un problème de nature médicale, assiduité aux rendez-vous médicaux).

Afin de réduire le nombre de variables médicales à inclure dans les analyses statistiques de la présente étude, une échelle de gravité de l'épilepsie a été construite à partir des données médicales du neurologue, de l'adolescent atteint d'épilepsie et de ses parents. Cette échelle de gravité de l'épilepsie s'inspire de l'échelle employée par Austin et al. (1996) et comporte essentiellement les mêmes éléments. Elle tient compte notamment de la présence de crises épileptiques durant l'année précédant la collecte des données, de la fréquence, de la nature et du niveau de contrôle de ces crises de même que de la prise de médicaments et de la présence d'effets secondaires associés à ces derniers. En fait, cette échelle dont les valeurs varient de zéro à neuf, permet de déterminer jusqu'à quel point l'épilepsie de chaque sujet était sous contrôle au cours de l'année précédant la cueillette de données. A partir des données médicales obtenues, Austin et al. (1996) ont établi trois catégories qualifiant le niveau de gravité de l'épilepsie. La première inclut tous les sujets qui n'ont manifesté aucun symptôme relié à l'épilepsie, ni pris aucun médicament anti-épileptique durant l'année précédant la collecte de données (échelle de gravité égale à zéro). La seconde comprend les sujets dont les symptômes étaient modérés (par exemple, ceux qui prenaient des médicaments afin de contrôler leurs crises et/ou qui avaient des crises peu fréquentes). Quant à la dernière catégorie, elle inclut les sujets dont la condition de santé peut être qualifiée de grave (crises fréquentes et non contrôlées par les médicaments, par exemple). Tous les sujets du groupe clinique ont été classifiés selon ce système de catégories.

Hormis cette échelle de gravité, deux autres variables médicales spécifiques à l'épilepsie ont été retenues pour les fins de cette étude, soit l'âge de l'adolescent lors de l'apparition de ses premières crises épileptiques ainsi que la variable reflétant si oui ou non, l'adolescent avait déjà fait une crise épileptique en public.

2. Self-Description Questionnaire (SDQ) II (Marsh, 1992): Le Self-Description

Questionnaire-II comprend 102 questions construites selon le principe d'une échelle de Likert. Il sert à mesurer le concept de soi global ainsi que 11 dimensions des concepts de soi académique et non-académique. Le SDQ-II s'adresse à une population d'étudiants de la septième à la douzième année. Sa validité et sa fidélité sont bien établies (Byrne, 1996). En effet, des analyses factorielles ont permis de vérifier sa validité de construit et de clairement identifier les 11 échelles du concept de soi (Marsh, 1992). La concordance du SDQ-II avec d'autres instruments de mesure du concept de soi chez les adolescents de même que le fait qu'il soit basé sur de solides fondements théoriques ont aussi confirmé sa validité (Marsh, 1992). En ce qui concerne sa fidélité, des études effectuées sur un grand échantillon de sujets ($N = 5,494$) ont montré que les coefficients de consistance interne (alphas de Cronbach) étaient élevés, soit .94 pour le concept de soi global et .83 à .91 pour chacune des 11 échelles. Quant aux coefficients de stabilité, ils sont tous aussi bons (.73 à .88 sur un intervalle de 7 semaines).

Sous la recommandation de Byrne et avec la permission de Marsh, le SDQ-II a été administré à tous les sujets de l'étude, quel que soit leur niveau scolaire. Cette décision de privilégier l'emploi du SDQ-II et d'exclure l'utilisation du SDQ-I et du SDQ-III a été

motivée par le fait que ces instruments ne contiennent pas exactement les mêmes échelles.

Par exemple, le SDQ-I ne contient pas les échelles du concept de soi ayant trait aux relations avec les pairs du même sexe et du sexe opposé. Or, l'un des objectifs de cette étude était précisément de pouvoir comparer le concept de soi des deux groupes de sujets par rapport à ce type de relations, quel que soit leur âge.

Seuls les scores T de trois des échelles du SDQ-II ont été employés. Il s'agit du score du concept de soi global et des scores des échelles ayant trait aux relations avec les pairs du même sexe et les pairs du sexe opposé.

3. List of Important People in Your Life (LIPL) (Appendice H) est une version adaptée du Social Relations Questionnaire (Blyth, Hill & Thiel, 1982). Il vise à évaluer divers aspects quantitatifs du réseau social de l'adolescent. Chaque sujet doit d'abord énumérer toutes les personnes qu'il perçoit comme étant importantes dans sa vie, incluant des membres de sa famille, des pairs et d'autres adultes. Puis, il doit répondre à des questions concernant chacune de ces personnes (âge, sexe, type de relation, par exemple). À partir de ces variables, des données sont compilées afin d'évaluer la grandeur totale du réseau, le nombre de pairs qui y est inclus de même que la proportion de ce réseau représentée par des membres de la famille.

Ce questionnaire étant de nature descriptive, aucune propriété psychométrique n'est présentement disponible. Il en est de même des questionnaires similaires à celui-ci qui ont été utilisés afin de décrire les caractéristiques du réseau social d'adolescents souffrant de maladies rénales (Melzer et al., 1989) et l'ajustement individuel aux transitions scolaires

(Fenzel & Blyth, 1986). Toutefois, il a été noté, dans la présente étude, que le nombre de pairs identifiés par l'adolescent dans son réseau social était corrélé de manière significative avec la perception qu'avait l'adolescent de ses compétences sociales (Youth Self-Report) ($r = .42, p < .001$).

4. Network of Relationships Inventory (NRI) (Furman & Buhrmester, 1985; appendice I):

Cet instrument de mesure sert à évaluer les aspects qualitatifs du réseau social de l'adolescent. Il est composé de 33 questions construites selon le principe d'une échelle de Likert. À partir de critères précis, l'adolescent doit choisir un certain nombre de personnes importantes au sein de son réseau social et évaluer la qualité de ses interactions avec chacune d'entre elles. Le Network of Relationship Inventory comporte onze échelles qualitatives dont sept d'entre elles peuvent être regroupées afin de former un index de support social. Selon Furman et Buhrmester (1985), la consistance interne de ces onze échelles se situe autour de .80.

Plusieurs chercheurs ont utilisé ce questionnaire auprès d'enfants et d'adolescents de tout âge. Ils ont mesuré les perceptions qu'avaient les enfants de leurs relations avec des personnes très variées, telles qu'un grand-parent atteint de la maladie d'Alzheimer (Creasey, Myers, Epperson & Taylor, 1989), un professeur, un ami ou membre de la famille immédiate (Lempers & Clark-Lempers, 1992).

Dans le cadre de cette étude, l'adolescent a évalué ses interactions avec dix personnes de son entourage, dont son meilleur ami. Seulement huit des onze échelles ont été utilisées à cette fin. Elles ont été regroupées selon deux dimensions, soit une première dimension

décrivant le niveau de support social obtenu, et une seconde dimension mesurant le niveau de satisfaction perçu pour chacune des relations évaluées. Des coefficients de consistance interne (alphas de Cronbach) ont été calculés à partir de l'échantillon de cette étude en ce qui a trait aux relations avec la mère, le père et le meilleur ami. Les coefficients obtenus varient de .89 à .95.

5. Family Environment Scale (FES) (Moos & Moos, 1986): Composé de 90 questions de type vrai ou faux, le Family Environment Scale sert à évaluer les perceptions qu'ont les adolescents du climat social et environnemental de leur famille. Il est divisé en dix échelles mesurant trois dimensions importantes de la famille, soit 1) les relations entre les membres de la famille (trois échelles), 2) la croissance personnelle (cinq échelles) et 3) le maintien du système familial (deux échelles). La fidélité et la validité de ce test sont bien établies (Moos & Moos, 1986). En effet, sa consistance interne varie de .61 (indépendance) à .78 (cohésion) selon les échelles. Quant à sa fidélité test-retest (intervalle de deux mois), elle varie de .68 (indépendance) à .86 (cohésion) et demeure convenable lors d'intervalles plus prolongés (quatre et douze mois). Enfin, plusieurs études ont démontré que les validités de contenu et de construit étaient satisfaisantes (Moos & Moos, 1986). A titre d'exemple, des corrélations ont été observées entre les échelles du Family Environment Scale et celles d'autres instruments mesurant diverses dimensions de la vie familiale.

Le Family Environment Scale a souvent été employé auprès de familles dont un enfant était atteint d'une maladie chronique (LaGreca et al.; 1995; Midence, McManus, Fuggle & Davies, 1996; Safyer et al., 1993; Wertlieb, Hauser & Jacobson, 1986). Il a

permis notamment de démontrer que des facteurs familiaux, tels que le niveau de cohésion et d'expression de la famille, prédisent le fonctionnement psychosocial de l'enfant malade (Overstreet et al., 1995; Varni, Katz, Colegrove & Dolgin; 1996).

A la lumière du recensement des écrits de cette étude, les scores T normalisés de cinq des dix échelles ont été sélectionnés. Il s'agit des échelles de cohésion, d'expression, d'indépendance, de contrôle et d'organisation. Les deux premières échelles couvrent la dimension des relations familiales; elles évaluent jusqu'à quel point les membres de la famille s'entraident les uns les autres et s'encouragent à exprimer ouvertement et directement leurs sentiments. L'échelle d'indépendance, quant à elle, a trait à la dimension de croissance personnelle; elle mesure jusqu'à quel point les membres de la famille s'affirment de façon individuelle et sont capables de penser et prendre des décisions par eux-mêmes. Enfin, les échelles de contrôle et d'organisation reflètent la dernière dimension; elles mesurent le niveau d'importance accordé aux règles et à l'organisation afin de structurer la vie familiale.

6. Youth Self-Report (YSR) (Achenbach, 1991b): Le Youth Self-Report sert à évaluer les problèmes de comportement et les compétences sociales d'adolescents de 11 à 18 ans. Il est composé de deux grandes échelles, soit 1) une échelle de problèmes de comportement élaborée à partir de 118 questions et 2) une échelle de compétences sociales comportant 20 questions. L'échelle de problèmes de comportement est elle-même divisée en deux catégories. La première catégorie (internalizing problems) décrit des difficultés de nature émotive qui sont intériorisées, telles que des symptômes d'anxiété et de dépression. La seconde catégorie (externalizing problems) comprend des problèmes de comportement qui

sont extériorisés, tels que des comportements agressifs ou délinquants. Quant à l'échelle de compétences sociales, elle évalue la participation et le niveau de performance de l'adolescent en ce qui a trait à ses relations sociales et ses activités scolaires et parascolaires.

Le Youth Self-Report possède des normes qui tiennent compte du sexe de l'adolescent. De plus, sa validité de contenu et sa validité reliée aux critères sont bien établies. En effet, Achenbach (1991b) rapporte que les questions et les résultats aux diverses échelles du test permettent de bien identifier les adolescents présentant des problèmes de nature clinique qui nécessitent une intervention professionnelle. Quant à la fidélité test-retest (intervalle de sept jours), elle est tout aussi satisfaisante puisque les coefficients obtenus à l'échelle globale de problèmes de comportement et à l'échelle de compétences sociales se situent autour de .80. Le Youth Self-Report a déjà été employé dans le cadre de recherches portant sur la maladie chronique (Herskowitz, 1990; Stawski et al., 1995).

Il est important de souligner que dans le cadre de l'administration de ce questionnaire, des mesures ont été prises afin de s'assurer que l'interprétation des items reliés aux symptômes physiques ne soit pas biaisée. En effet, à chaque fois qu'un adolescent rapportait avoir des "symptômes physiques sans cause médicale connue" (question 56), l'évaluateur interrogeait l'adolescent à ce sujet afin de s'assurer que ces symptômes n'étaient aucunement reliés à l'épilepsie ou à tout autre problème médical. Si ces symptômes étaient étroitement reliés à une maladie (mal de tête associé à la présence d'une crise épileptique, par exemple), l'évaluateur modifiait la réponse de l'adolescent de façon à codifier ces symptômes comme étant absents. Cette façon de procéder, recommandée par Perrin, Stein et Drotar (1991) de même que Drotar, Stein et Perrin (1995), permettait ainsi d'éviter la présence d'un biais

possible.

Pour les fins de cette recherche, les scores T des deux catégories de problèmes de comportement (internalizing et externalizing) ainsi que le score T global de l'échelle de compétences sociales ont été utilisés. L'emploi des scores T plutôt que des scores bruts a été privilégié pour les raisons suivantes. D'une part, les recherches portant sur la maladie chronique ont démontré que, quel que soit l'instrument de mesure utilisé, les enfants atteints d'épilepsie manifestaient des difficultés d'adaptation importantes se situant souvent dans le créneau clinique. D'autre part, les études ayant employé le Child Behavior Checklist ont fait ressortir qu'un pourcentage plus élevé d'enfants atteints d'épilepsie présentaient des problèmes se trouvant dans le créneau clinique comparativement aux enfants sains et aux enfants souffrant d'autres maladies chroniques. Les scores T du Youth Self-Report ont donc été employés afin de vérifier si c'était aussi le cas chez les adolescents atteints d'épilepsie.

7. Experience Sampling Method (ESM) (Csikszentmihalyi & Larson, 1984): L'Experience Sampling Method est une méthode d'auto-évaluation, conçue à l'origine afin de décrire les activités, pensées et sentiments d'adolescents lors de moments choisis au hasard dans leur vie quotidienne. Le sujet porte un téléavertisseur pendant une période de temps donnée ainsi qu'un carnet contenant des formulaires structurés d'auto-évaluation. A chaque fois qu'il reçoit un signal sonore, il complète un de ces formulaires. Comme le notent Larson et Delespaul (1992), le contenu de ces formulaires varie en fonction des objectifs visés par chaque étude.

Dans le cadre de cette recherche, les adolescents ont porté un téléavertisseur pendant

une semaine et répondu à trois questions lors de la réception de chaque signal. De façon plus spécifique, ils devaient indiquer 1) le lieu où ils se trouvaient, 2) l'activité principale à laquelle ils prenaient part et 3) les personnes qui les accompagnaient au moment précis de chacun des appels (Appendice J). Au total, 44 signaux ont été envoyés à chaque sujet. Ils étaient répartis dans le temps de manière à éviter d'interrompre l'adolescent pendant ses heures de classe.

Toutes les réponses des sujets ont été classifiées selon un système de codification élaboré à la lumière des écrits (Csikszentmihalyi & Larson, 1984; Larson & Richards; 1991). Ce système de codification est composé de nombreuses catégories décrivant respectivement le lieu, l'activité et les gens entourant l'adolescent au moment de la réception du signal. Toutefois, un nombre limité de catégories générales a été retenu pour répondre aux besoins de l'étude. En ce qui concerne les lieux fréquentés durant la semaine, les données ont été compilées de façon à pouvoir comparer le pourcentage de temps passé à la maison, à l'école et dans des lieux publics (restaurant, parc, maison d'un ami, par exemple). Quant aux réponses qualifiant les activités exécutées, elles ont été regroupées en trois grandes catégories, soit 1) les activités de loisirs (télévision, sports, interactions sociales, par exemple); 2) les activités de productivité (étude, travail, par exemple) et 3) les activités reliées à la satisfaction des besoins primaires, telles que manger et se laver. Enfin, les données sur les personnes entourant l'adolescent ont été classifiées en six catégories. Cependant, afin de répondre aux hypothèses de l'étude, l'accent a été mis principalement sur les données permettant de comparer le pourcentage de temps passé en famille ou avec des amis.

Comme l'ont démontré Csikszentmihalyi et Larson (1987), la validité et la fidélité de l'Experience Sampling Method sont satisfaisantes. En effet, la présence de corrélations significatives entre le rapport des parents et professeurs au CBCL et le pourcentage de temps passé seul et avec des amis a permis de démontrer la validité de construit de l'Experience Sampling Method. Quant à sa fidélité, Larson et Richards (1991) ont noté de fortes corrélations entre les réponses données par 483 enfants durant la première moitié de la semaine où ils portèrent un téléavertisseur et celles fournies lors de la seconde moitié de cette semaine. C'était le cas notamment des réponses fournies concernant le temps passé en famille ou avec des amis. En ce qui a trait au taux d'accord interjuges, Csikszentmihalyi et Larson (1984) ainsi que Larson et Richards (1991) rapportent que ce dernier varie de 80 % à 100% selon les catégories. Toutefois, ces auteurs ne précisent pas la méthode qu'ils ont utilisée, ni le pourcentage de réponses codifiées par un deuxième juge indépendant. Dans le cadre de cette étude, 10% des données ont été choisies au hasard dans chacun des deux groupes de sujets et codifiées par un deuxième juge. Puis des indices Kappa de fiabilité ont été calculés en fonction des catégories décrivant les personnes, les lieux et les activités exécutées. Ces indices se situent respectivement à .930 pour la catégorie englobant les activités, .975 pour celle décrivant l'entourage et .997 pour celle dépeignant les lieux.

Instruments de mesure administrés aux parents.

1. Questionnaire socio-démographique (Appendice K): Ce questionnaire a été adapté à partir de questionnaires socio-démographiques utilisés par Manion et al. (1996) et Gordon Walker, Johnson, Manion et Cloutier (1996). Il fournit des données socio-démographiques

générales telles que, par exemple, le revenu familial annuel, l'âge et le niveau d'éducation des parents. Quelques questions concernant l'obtention d'un emploi par l'adolescent ont été ajoutées. La plupart des renseignements fournis par les parents étaient complets, à l'exception de ceux ayant trait à leur occupation professionnelle. En effet, les données étaient insuffisamment précises pour pouvoir les codifier selon la méthode recommandée par Blishen, Carrol et Moore (1987).

2. Questionnaire médical (Appendices L, M: groupes clinique et de comparaison): Ce questionnaire est semblable à celui évaluant les perceptions des adolescents.

3. Family Environment Scale (FES) (Moos & Moos, 1986): Dans ce cas-ci, le Family Environment Scale sert à évaluer les perceptions qu'ont les parents du climat social et environnemental de leur famille.

4. Child Behavior Checklist/4-18 (CBCL) (Achenbach, 1991a): Le Child Behavior Checklist/4-18 sert à évaluer les problèmes de comportement et les compétences sociales d'enfants de 4 à 18 ans. Il comporte les mêmes échelles principales que celles du Youth Self-Report. Une étude de Dorenbaum et al. (1985) a démontré que son utilisation était appropriée pour évaluer le fonctionnement psychosocial d'enfants atteints d'épilepsie. Comme en témoigne le recensement des écrits, le Child Behavior Checklist a effectivement été souvent employé par les chercheurs dans ce domaine (Apter et al., 1991; Austin et al., 1992; Austin et al., 1994; Hoare & Mann, 1994).

Tout comme le Youth Self-Report, le Child Behavior Checklist/4-18 possède de bonnes propriétés psychométriques. La fidélité test-retest de son échelle de compétences sociales et de son échelle globale de problèmes de comportement se situe respectivement à .87 et .89. Quant à sa validité, elle est tout aussi satisfaisante (Achenbach, 1991a). Enfin, des normes ont été établies de façon à tenir compte de l'âge et du sexe des sujets. Elles permettent notamment de bien distinguer parmi ces sujets ceux qui présentent des symptômes de nature clinique nécessitant une intervention professionnelle.

Il est important de souligner que dans le cadre de l'administration de ce questionnaire, les mêmes procédures que celles utilisées lors de l'administration du Youth Self-Report ont été appliquées afin de s'assurer que l'interprétation des items reliés aux symptômes physiques ne soit pas biaisée.

Tout comme pour le Youth Self-Report, le score T global de l'échelle de compétences sociales ainsi que les scores T des deux catégories de problèmes de comportements (internalizing et externalizing) ont été employés dans cette recherche et ce, pour les mêmes raisons citées précédemment.

Aspect déontologique

Comme certains des instruments de mesure comportaient des questions concernant la présence d'idées suicidaires, un protocole d'évaluation a été adopté dans le but de vérifier systématiquement cet aspect et intervenir au besoin. Tout d'abord, les limites de la confidentialité de l'étude étaient clairement énoncées aux sujets lors de la signature du formulaire de consentement. Une fois le Youth Self-Report et le Child Behavior

Checklist/4-18 remplis, le chercheur vérifiait les réponses données aux questions portant sur l'aspect suicidaire (questions 18 et 91). Si un problème était signalé, le chercheur effectuait une entrevue semi-structurée avec l'adolescent et/ou ses parents afin d'évaluer le risque suicidaire. Il consultait aussi le psychologue en charge de l'étude et déterminait avec lui les procédures à suivre afin de préserver la sécurité des sujets. Lors de la seconde visite, le chercheur faisait part à la famille des données obtenues aux questionnaires et émettait des recommandations. Il spécifiait toutefois que le feedback reçu ne devait pas être considéré comme le résultat d'une évaluation psychologique complète puisque les instruments sur lesquels il était basé étaient utilisés surtout en recherche et non dans un contexte d'évaluation clinique.

Ce protocole d'évaluation a été appliqué auprès de dix sujets du groupe clinique et six sujets du groupe de comparaison. Pour deux d'entre eux (soit un sujet dans chaque groupe), les résultats de l'évaluation ont indiqué que ces derniers avaient besoin de services d'urgence. Ces services ont été immédiatement mis à leur disposition.

Schème expérimental

Un plan de comparaison multifactorielle a été utilisé afin d'évaluer si l'épilepsie avait un impact sur le fonctionnement émotif et comportemental des adolescents qui en étaient atteints de même que sur la façon dont ils percevaient leur réseau social. Comme les sujets du groupe clinique ont été jumelés avec les sujets du groupe de comparaison, il aurait été logique de considérer ces deux groupes de sujets comme étant interdépendants et d'utiliser un schème d'analyse de type randomized blocks design. Il est à noter cependant que cette

procédure de jumelage avait pour but unique d'établir un certain niveau d'équivalence entre les deux groupes de sujets (âge, sexe, constellation familiale). Un examen préalable des corrélations existant entre ces deux groupes de sujets au sein de chacune des variables à l'étude a démontré qu'ils n'étaient pas réellement interdépendants. En effet, la plupart des variables étaient très peu corrélées, sinon aucunement reliées entre elles. En fait, les quelques corrélations significatives ($p < .05$) qui sont apparues étaient peu élevées ($r = .24$ pour l'échelle de compétences du CBCL; $r = .24$ et $r = .25$ pour les échelles d'expression et d'indépendance du FES, par exemple). C'est pourquoi il a été décidé de traiter les deux groupes de sujets comme des groupes indépendants. Ce choix avait pour but principal de simplifier l'exécution des analyses statistiques de la présente étude.

Analyses statistiques

L'analyse des données s'est déroulée en deux grandes étapes. Dans un premier temps, des analyses préliminaires ont été effectuées afin de répondre à deux questions principales, à savoir: (1) Existe-t-il des différences significatives entre les sujets du groupe clinique qui ont accepté de participer à l'étude et ceux qui ont refusé? (2) Les sujets du groupe de comparaison sont-ils équivalents à ceux du groupe clinique en ce qui a trait à leurs caractéristiques socio-démographiques?

Afin de répondre à ces deux questions, des analyses statistiques, telles que des tests t , des tests chi-carrés et des tests exacts de Fisher, ont été effectuées sur un certain nombre de variables continues et dichotomiques.

Puis, dans un second temps, des analyses de la variance univariées et multivariées

ainsi que des analyses de régressions multiples ont été entreprises afin de vérifier les hypothèses et questions de recherche spécifiques de cette étude. Lors de la vérification de certaines de ces hypothèses, l'emploi d'analyses de variance multivariée (MANOVA) plutôt que l'utilisation d'analyses de variance univariée (ANOVA) a été privilégié. Il s'agit des hypothèses pour lesquelles les variables à l'étude étaient corrélées entre elles et mesuraient des concepts similaires (les deux sous-échelles du concept de soi ayant trait aux relations avec les pairs, par exemple) ou reliés à une même dimension (les sous-échelles du FES, par exemple). C'est d'ailleurs ce que recommandent Cone et Foster (1993), Stevens (1996) de même que Tabachnick et Fidell (1989). Dans le cas des variables où il était possible de comparer les perceptions des adolescents à celles de leurs parents (échelles du FES, par exemple), des analyses de la variance multivariées avec mesures répétées (doubly multivariate analyses) ont été employées. Toutes les MANOVAs dont les résultats se sont avérés significatifs au niveau multivarié ont été suivies d'ANOVAs séparées dont l'indice de signification alpha a été ajusté. Lors de ces ANOVAs, l'emploi d'analyses stepdown a volontairement été écarté car il n'était pas possible d'établir un ordre précis d'entrée des variables en jeu.

Un indice de signification alpha de .05 a été adopté pour toutes les analyses statistiques. Toutefois, des indices correcteurs de Bonferroni ont été utilisés afin de corriger l'effet d'analyses multiples et contrôler la présence d'erreur de Type 1 (Stevens, 1996; Tabachnick & Fidell, 1989). Pour ce faire, l'indice de signification alpha a d'abord été ajusté en fonction du nombre d'analyses effectuées à l'intérieur de chaque sous-hypothèse ($\alpha = .05/p$, p = nombre d'analyses effectuées pour vérifier la sous-hypothèse). Par

exemple, la sous-hypothèse 2b comportant 2 MANOVAs, son niveau alpha a été fixé à .025 ($\alpha = .05/2$). Puis, au besoin, l'indice alpha a à nouveau été modifié de manière à tenir compte du nombre d'ANOVAs effectuées à la suite de l'obtention d'une MANOVA significative. La valeur de cet indice correcteur a été calculée en tenant compte du nombre de variables contenues dans cette MANOVA et du niveau alpha fixé pour la sous-hypothèse à l'étude. Par exemple, pour les deux ANOVAs qui ont suivies une MANOVA significative lors de la vérification de l'hypothèse 2b, le niveau alpha a été fixé à .0125, soit $.025/2$ ($\alpha = \alpha \text{ fixé pour la sous-hypothèse} / p$, p étant le nombre de variables contenues dans la MANOVA).

A l'occasion de chacune des analyses statistiques, un examen des données manquantes et des postulats de base qui y sont rattachés a été effectué. En ce qui concerne les données manquantes, il a été décidé de ne pas les remplacer par quelle que valeur qui soit (moyenne du groupe, par exemple) afin de ne pas biaiser les résultats et ce, surtout dans le cas des analyses de régressions multiples. Soulignons, cependant, que le pourcentage de données manquantes s'est avéré très limité, soit moins de 1 % de la totalité des données utilisées dans cette étude.

En ce qui a trait aux postulats de base, il est arrivé qu'à prime abord, les postulats de normalité univariée ne soient pas respectés lors des analyses de variance. Les mesures suivantes ont alors été adoptées afin de rectifier la situation.

En premier lieu, un examen de la courbe de distribution de chaque variable a été effectué à l'intérieur de chaque groupe afin de détecter la présence de valeurs extrêmes univariées. Si de telles valeurs étaient présentes, elles ont d'abord été recodifiées en une

valeur se situant à trois écarts-type de la moyenne. Cependant, si cette recodification n'éliminait pas la présence de ces valeurs extrêmes et que par ailleurs, la courbe de distribution initiale de la variable était symétrique, l'analyse de variance a été effectuée avec et sans ces valeurs extrêmes univariées. Puis, suivant les recommandations d'Allison, Gorman et Primavera (1993), lorsque les résultats des deux types d'analyse de variance étaient semblables, seuls ceux de l'analyse de variance incluant ces valeurs extrêmes ont été rapportés dans la section des résultats.

En second lieu, un examen de la symétrie de la courbe de chaque variable a été effectué. En présence d'asymétrie, la variable à l'étude a été transformée de façon à respecter le postulat de normalité. Puis, l'analyse de variance a été effectuée avec et sans cette transformation. Lorsque les résultats obtenus étaient identiques, seuls les résultats de la variable non transformée ont été présentés de manière à faciliter l'interprétation des données. Mais lorsque les résultats différaient, seuls ceux de la variable transformée ont été rapportés.

En dernier lieu, le postulat de normalité multivariée a été vérifié pour les MANOVAs. Toutefois, aucune valeur extrême multivariée n'a été détectée via l'examen des distances de Mahalanobis pour une valeur critère de $p < .001$.

Quant au postulat d'homogénéité de la variance, un examen de la valeur F a été effectué afin de déterminer si les variances des groupes à l'étude étaient homogènes. Lorsqu'à l'occasion de tests t , la valeur F s'est avérée significative (variances non homogènes), les résultats de la variance séparée ont alors été rapportés et annotés " t_s ". Par contre, lorsque la valeur F s'est avérée non significative et que le postulat était respecté, les résultats de la variance combinée ont été rapportés et annotés " t_c ".

En ce qui a trait aux analyses de régressions multiples, les postulats de base ont d'abord été vérifiés auprès de l'ensemble des sujets sans que les variables ne soient transformées. Puis, s'ils n'étaient pas respectés, les variables étaient à nouveau transformées et les postulats revérifiés selon les mêmes procédures décrites ci-dessus. Lorsque des valeurs extrêmes multivariées ont été détectées, elles ont été éliminées.

Afin d'alléger la section des résultats, il a été décidé d'aborder la vérification des postulats de base uniquement lorsque ceux-ci ont été enfreints. Une description détaillée de ces postulats non respectés et des mesures prises afin qu'ils le soient sera alors donnée.

Résultats

Première partie: Analyses préliminaires

Comparaisons entre les adolescents atteints d'épilepsie qui ont participé et ceux qui ont refusé

Lors du processus de recrutement, 39 adolescents atteints d'épilepsie ont refusé de participer à l'étude, représentant ainsi un taux de refus de 34.2%. Les données démographiques et médicales recueillies par les neurologues de ces 39 adolescents ont été comparées à celles des 75 adolescents participants afin de pouvoir juger de la représentativité de l'échantillon obtenu.

Comme le montre le tableau 1, aucune différence significative n'est apparue entre les deux groupes en ce qui concerne les variables démographiques, soit l'âge et le sexe de l'adolescent.

Quant aux variables médicales, aucune différence significative n'a été obtenue par rapport au type de crises d'épilepsie, à l'âge d'apparition de ces crises, au niveau de contrôle de ces crises et au nombre de mois écoulés depuis la dernière crise. Il en a été de même par rapport à l'utilisation de médicaments et la présence d'autres problèmes de nature médicale, psychologique ou académique (voir le tableau 2).

Somme toute, les sujets du groupe clinique qui ont accepté de participer à l'étude sont semblables à ceux qui ont refusé en ce qui a trait à leur état de santé, leur âge et leur sexe.

Tableau 1

Résultats des tests t et chi-carrés concernant les variables démographiques des adolescents atteints d'épilepsie qui ont participé et de ceux qui ont refusé (N = 114)

		Participants (n = 75)	Non-participants (n = 39)	t ou χ^2
Age	<u>M</u> <u>ET</u>	14.4 1.8	14.7 1.9	t(112) = -.85
Sexe				$\chi^2(1, N=114) = .38$
Filles	<u>Fq</u> <u>%</u>	43 57.3	20 51.3	
Garçons	<u>Fq</u> <u>%</u>	32 42.7	19 48.7	

Tableau 2

Résultats des tests t et chi-carrés concernant les variables médicales des adolescents atteints d'épilepsie qui ont participé et de ceux qui ont refusé (N = 114)

		Participants (n = 75)	Non-participants (n = 39)	t ou χ^2
Type d'épilepsie				$\chi^2(1, N=114)=3.65$
Partielle	<u>Fq</u> %	51 68.0	33 84.6	
Généralisée ou mixte	<u>Fq</u> %	24 32.0	6 15.4	
Age d'apparition des crises ^a	<u>M</u> <u>ET</u> n	100.2 46.7 70	98.8 39.0 36	t(104) = .16
Dernière crise ^b	<u>M</u> <u>ET</u> n	27.1 27.3 75	31.0 24.6 38	t(111) = -.73
Niveau de contrôle des crises				$\chi^2(1, N=114)=.003$
Complet	<u>Fq</u> %	58 77.3	30 76.9	
Partiel	<u>Fq</u> %	17 22.7	9 23.1	
Médication				$\chi^2(1, N=114)=.08$
Absence	<u>Fq</u> %	23 30.7	13 33.3	
Présence ^c	<u>Fq</u> %	52 69.3	26 66.7	

Tableau 2 suite ...

 Problèmes
médicaux autres
que l'épilepsie
 $p = .75^d$

Absence	<u>Fq</u> %	66 88.0	36 92.3
Présence	<u>Fq</u> %	9 12.0	3 7.7

 Problèmes
psychologiques
 $\chi^2(1, N=114) = .26$

Absence	<u>Fq</u> %	66 88.0	33 84.6
Présence	<u>Fq</u> %	9 12.0	6 15.4

 Problèmes
académiques
 $\chi^2(1, N=114) = .01$

Absence	<u>Fq</u> %	63 84.0	33 84.6
Présence	<u>Fq</u> %	12 16.0	6 15.4

Note. ^aAge d'apparition des crises en mois. ^bNombre de mois écoulés depuis la dernière crise. ^cPrise d'un ou de plusieurs médicaments anti-épileptiques. ^dUtilisation de la valeur p du Test exact de Fisher car la fréquence attendue < 5 dans un des sous-groupes.

Comparaisons des variables socio-démographiques du groupe clinique et du groupe de comparaison

Tel que décrit dans la section Méthodologie, 70 paires de sujets ont été formées lors du jumelage effectué entre les participants du groupe clinique et du groupe de comparaison. Comme le montre le tableau 3, grâce à ce procédé de jumelage, aucune différence significative n'est apparue entre les deux groupes de 70 sujets au niveau du sexe de l'adolescent, de son âge et de sa constellation familiale. Il en fut de même au niveau du sexe du parent participant dont les réponses ont été retenues. De plus, aucune différence significative n'est ressortie quant à la taille de la famille (nombre de membres de la famille vivant ensemble) et à l'âge du père.

Toutefois, des différences significatives ont été obtenues par rapport à l'âge de la mère, au niveau d'éducation le plus élevé atteint par l'un ou l'autre des deux parents (nombre d'années de scolarité) et au revenu familial annuel des deux parents. En effet, les mères du groupe clinique étaient moins âgées que celles du groupe de comparaison. De plus, le niveau d'éducation maximal atteint par l'un ou l'autre des parents était moins élevé dans le groupe clinique que dans le groupe de comparaison. Enfin, les parents du groupe clinique ont rapporté un revenu annuel plus faible que celui du groupe de comparaison. Tel que l'illustre le tableau 3, des données n'ont pas pu être obtenues concernant le revenu familial annuel de trois sujets du groupe clinique et trois sujets du groupe de comparaison. De plus, une valeur extrême positive était présente dans chacun des deux groupes de sujets. Comme les mesures entreprises afin d'éliminer ces valeurs extrêmes (recodification, par exemple) n'ont pas été efficaces et que, en présence tout comme en l'absence de ces deux valeurs extrêmes, les

Tableau 3

Résultats des tests t et chi-carrés concernant les variables socio-démographiques des participants du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 140)

		Groupe clinique (n = 70)	Groupe de comparaison (n = 70)	t ou χ^2
<u>Adolescent:</u>				
Age	<u>M</u> <u>ET</u>	14.5 1.7	14.6 1.8	t(138) = -.38
Sexe				$\chi^2(1, N=140) = .00$
Filles	<u>Fq</u> <u>%</u>	40 57.1	40 57.1	
Garçons	<u>Fq</u> <u>%</u>	30 42.9	30 42.9	
<u>Parents:</u>				
Participant ^a				$\chi^2(1, N=140) = .00$
Mère	<u>Fq</u> <u>%</u>	57 81.4	57 81.4	
Père	<u>Fq</u> <u>%</u>	13 18.6	13 18.6	
Age				
Mère	<u>M</u> <u>ET</u>	40.8 4.8	42.6 4.5	t(138) = -2.28*
Père	<u>M</u> <u>ET</u>	44.4 5.6	45.2 5.5	t (138) = -.83
Education ^b	<u>M</u> <u>ET</u>	14.8 3.6	17.5 3.0	t (138) = -4.75***

Tableau 3 suite ...

Revenu ^c	<u>M</u> <u>ET</u>	64.8 ^d 39.6	81.2 ^d 33.4	$t(132) = -2.60^{**}$
Constellation familiale:				$\chi^2(1, N=140) = .06$
1 parent	<u>Fq</u> <u>%</u>	11 15.7	10 14.3	
2 parents	<u>Fq</u> <u>%</u>	59 84.3	60 85.7	
Taille de la famille	<u>M</u> <u>ET</u>	4.2 1.3	4.3 1.2	$t(138) = -0.26$

Note. ^aSexe du parent choisi de façon à équilibrer le nombre de mères et de pères participants. ^bNombre d'années de scolarité le plus élevé atteint par l'un ou l'autre des parents. ^cRevenu annuel des deux parents en unités de mille dollars. ^d $n = 67$.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

résultats étaient semblables, le tableau 3 rapporte les revenus familiaux moyens en présence de ces valeurs extrêmes.

Tel que mentionné précédemment, il a été impossible de codifier l'occupation professionnelle des parents selon la méthode de Blishen et al. (1987). Toutefois, Canning, Harris et Kelleher (1996) recommandent, dans le cas spécifique des familles dont un enfant est atteint d'une maladie chronique, d'utiliser le revenu familial comme indice des ressources financières plutôt que l'occupation et le niveau d'éducation des parents. Ils soutiennent que contrairement à ces derniers, le revenu familial est plus susceptible de fluctuer en fonction de l'état de santé de l'enfant malade.

Somme toute, il est possible de conclure que les deux groupes de sujets de la présente étude ne sont pas équivalents puisque de façon globale, le statut socio-économique des participants du groupe clinique est moins élevé que celui des participants du groupe de comparaison. Par conséquent, il est important, pour la suite de cette étude, de se demander (1) à quoi peuvent être dues ces différences entre les deux groupes et (2) si un ajustement de nature statistique (analyse de covariance, par exemple) devrait être effectué afin de tenir compte de ces différences dans la vérification des hypothèses.

Deux analyses supplémentaires ont été entreprises afin de répondre à la première question. Elles ont toutes deux été choisies à la lumière des écrits sur la maladie chronique chez l'enfant. Comme le rapportent Bradford (1997), Burr (1985) et Hobbs, Perrin et Ireys (1985), les ressources financières de la famille sont souvent affectées par l'apparition d'une maladie chronique chez l'enfant. Il arrive qu'un parent, habituellement la mère, quitte son

emploi pour rester à la maison et pourvoir aux besoins de l'enfant malade (Breslau, Salkever & Staruch, 1982; Meyerowitz & Kaplan, 1967; Stein, Forrest, Woolley & Baum, 1989).

Afin de déterminer si cela s'appliquait à la population de la présente étude, une comparaison du nombre de mères à la maison dans chacun des deux groupes a d'abord été effectuée.

Aucune différence significative n'est apparue $\chi^2 (1, N=140) = 2.13, p > .05$, quoique 25.7% des mères du groupe clinique comparativement à 15.7% des mères du groupe de comparaison aient rapporté qu'elles restaient à la maison.

Une seconde analyse supplémentaire a été entreprise dans le but de déterminer si la distribution des revenus familiaux des deux groupes était similaire à celle rapportée par Cadman, Rosenbaum, Boyle et Offord (1991). En effet, ces chercheurs ont effectué une étude épidémiologique ontarienne dans laquelle ils ont noté une prévalence de bas revenus chez les familles dont un enfant souffrait d'une maladie chronique par rapport aux familles dont les enfants étaient en santé. Le revenu familial annuel des groupes clinique et de comparaison de la présente recherche a donc été divisé en deux catégories, soit une première catégorie de revenus se situant sous le seuil de pauvreté (moins de 30 000\$) et une seconde catégorie englobant les autres revenus. Puis les deux groupes de sujets ont été comparés en fonction de ces catégories à l'aide d'un test chi-carré. Le seuil critique de 30 000\$ a été déterminé à la lumière des données du Canadian Council on Social Development (1995; 1996) sur le seuil de pauvreté en 1993 et 1994. Il tient compte de la taille de la famille et du nombre d'habitants de la zone urbaine occupée. Les résultats du test chi-carré ont révélé une différence significative entre les deux groupes quant au pourcentage de familles ayant un revenu annuel de moins de 30 000\$; $\chi^2(1, N=134) = 7.51, p < .01$. En effet, 19.4% des

familles du groupe clinique se trouvait dans cette catégorie alors que seulement 3% des familles du groupe de comparaison se situait sous ce seuil de pauvreté. Il est donc probable que la différence existant entre les revenus moyens des deux groupes soit attribuable à la présence chez les familles du groupe clinique d'une plus grande proportion de revenus se situant dans le bas de la courbe de distribution. C'est ce que laissent aussi croire les résultats d'autres recherches sur les enfants atteints d'épilepsie. En effet, lors d'une vaste étude épidémiologique américaine, Carlton-Ford et al. (1995) ont noté que 16% de leur échantillon vivait sous le seuil de pauvreté. De plus, Hoare et Mann (1994), Hodgman et al. (1979), Mitchell et al. (1994) et Westbrook et al. (1992) ont rapporté qu'une partie importante des participants de leur étude provenaient d'un niveau socio-économique peu élevé.

A la lumière des résultats de ces analyses supplémentaires et des recherches citées à ce propos, il est possible de conclure que les différences socio-économiques obtenues entre les deux groupes ne sont pas le fruit du hasard ou d'un biais systématique dans le choix de l'échantillon. C'est pour cette raison que l'emploi de méthodes statistiques visant à tenir compte de ces différences n'a pas été jugé nécessaire lors de la vérification des hypothèses. En effet, plusieurs motifs d'ordre logique et statistique justifient le fait de ne pas recourir à l'analyse de covariance. D'un point de vue logique, Stevens (1996) souligne qu'avant d'envisager l'emploi de variables codépendantes, il est important de se demander si des groupes égaux au niveau de ces variables codépendantes existeraient vraiment dans le monde réel. Comme ce ne semble pas être ici le cas du revenu familial, il n'apparaît donc pas justifié d'utiliser cette variable comme variable codépendante. Il en est de même du niveau

d'éducation des deux parents puisque quelques recherches épidémiologiques (Gortmaker et al., 1990; Kovar, 1982) tendent à démontrer que les familles dont un enfant est atteint d'une maladie chronique sont moins éduquées par rapport à la population générale. D'un point de vue statistique, l'analyse de covariance présente aussi plusieurs limites et dangers potentiels à cause du schème expérimental de cette recherche. En effet, les sujets des deux groupes n'ont pas été choisis au hasard. Or, comme le mentionnent Cone et Foster (1993), Pedhazur (1997), Stevens (1996) ainsi que Tabachnick et Fidell (1989), l'utilisation d'analyses de covariance avec de tels groupes (intact groups) est difficilement interprétable. Elle peut comporter plusieurs types d'erreurs statistiques (erreurs de mesure, d'extrapolation et de spécification, par exemple) et mener à des conclusions erronées. Il a donc été décidé d'effectuer la vérification des hypothèses de cette étude sans ajuster de manière statistique le statut socio-économique des deux groupes de sujets.

D'autres mesures ont cependant été prises afin d'explorer l'influence possible du niveau socio-économique sur les résultats de la présente étude. En effet, un sous-échantillon de 112 sujets a été formé de manière à ce que les scores moyens du revenu familial annuel des deux groupes soient équivalents. Pour ce faire, les sujets de l'échantillon initial ont été divisés en quatre catégories de revenu familial, puis jumelés en fonction de ces catégories de revenus, du sexe de l'adolescent, de son âge et de sa constellation familiale. Cette procédure permettait ainsi de s'assurer qu'une gamme variée de revenus soit représentée. Puis, les hypothèses 1 à 3 ont été vérifiées avec ce sous-échantillon de 112 sujets. Les résultats étant pour la plupart semblables à ceux obtenus avec l'échantillon initial, il a été décidé de ne

présenter dans la section qui suit que les résultats obtenus avec l'échantillon initial de 140 sujets. Le lecteur trouvera en appendice O une description des résultats obtenus avec le sous-échantillon de 112 sujets qui se sont avérés différents de ceux obtenus avec l'échantillon initial de 140 sujets.

Deuxième partie: Vérification des hypothèses et questions de recherche

Afin de répondre au premier objectif de la présente étude, soit déterminer si l'épilepsie a un impact sur le fonctionnement émotif et comportemental des adolescents qui en sont atteints de même que sur la façon dont ils perçoivent leur réseau social, les hypothèses 1 à 3 ont d'abord été vérifiées. Un tableau des moyennes et écarts-type obtenus pour chacune des variables utilisées à cette fin se trouve en appendice N.

Comparaison du fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie et des adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 1)

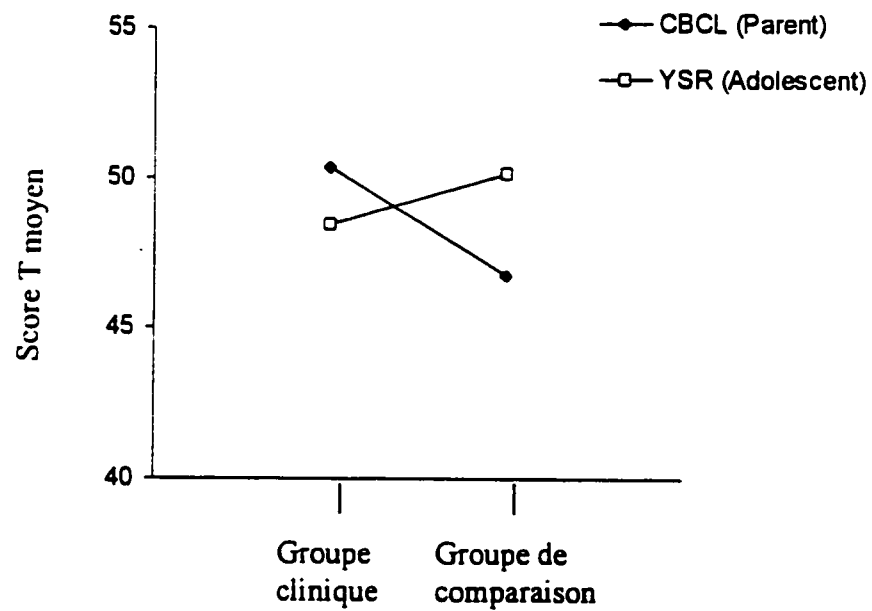
Hypothèse 1a. Sur le plan affectif, l'hypothèse 1a prédisait que les adolescents atteints d'épilepsie rapporteraient un concept de soi global (échelle globale du SDQ-II) moins élevé que celui des adolescents du groupe de comparaison. Afin de vérifier cette hypothèse, un test t a été effectué avec un niveau de signification alpha fixé à .05. Une différence significative est apparue entre les deux groupes de sujets ($t_{(117)} = -3.94, p < .05$). Les adolescents du groupe clinique ont rapporté un concept de soi global moins élevé que celui des adolescents du groupe de comparaison ($M = 53.5$ vs. $M = 58.8$).

Hypothèse 1b. Sur le plan comportemental, l'hypothèse 1b prédisait que selon leurs perceptions (YSR) et celles de leurs parents (CBCL), les adolescents atteints d'épilepsie

présenteraient plus de problèmes émotifs (internalizing problems) et comportementaux (externalizing problems) que les adolescents du groupe de comparaison. Une seule analyse de variance multivariée à mesures répétées (doubly multivariate) 2 X 2 (groupe X source d'information: clinique vs comparaison X adolescent vs parent) a été effectuée pour déterminer si les adolescents atteints d'épilepsie avaient plus de problèmes émotifs et comportementaux. Le niveau de signification alpha a donc été fixé à .05 pour cette MANOVA et à .025 pour les ANOVAs qui y ont été associées. À titre informatif, un tableau des corrélations entre les variables du YSR et du CBCL se trouve en appendice P.

Une interaction significative entre les facteurs groupe et source d'information a été obtenue sur les variables prises globalement ($F(2,137) = 4.78, p < .05$). Cependant, les analyses univariées qui ont suivies ont révélé que cette interaction n'était significative qu'au niveau des problèmes comportementaux (externalizing problems) ($F(1,138) = 9.31, p < .025$). Compte-tenu de cette interaction, des analyses supplémentaires ont été entreprises afin de détecter les effets principaux simples pour la variable problèmes comportementaux. Elles ont révélé un effet principal simple du facteur groupe selon la perception des parents ($F(1,138) = 5.17, p < .025$). En effet, les parents du groupe clinique ($M = 50.3, ET = 10.2$) ont rapporté plus de problèmes comportementaux chez leur enfant que les parents du groupe de comparaison ($M = 46.7, ET = 8.5$). Aucune différence significative n'est toutefois apparue entre les groupes selon la perception des adolescents ($F(1,138) = 1.14, p > .025$). La figure 3 illustre les résultats obtenus pour la variable problèmes comportementaux.

Figure 3. Scores T moyens à l'échelle de problèmes de comportement (externalizing) en fonction du groupe et de la source d'information



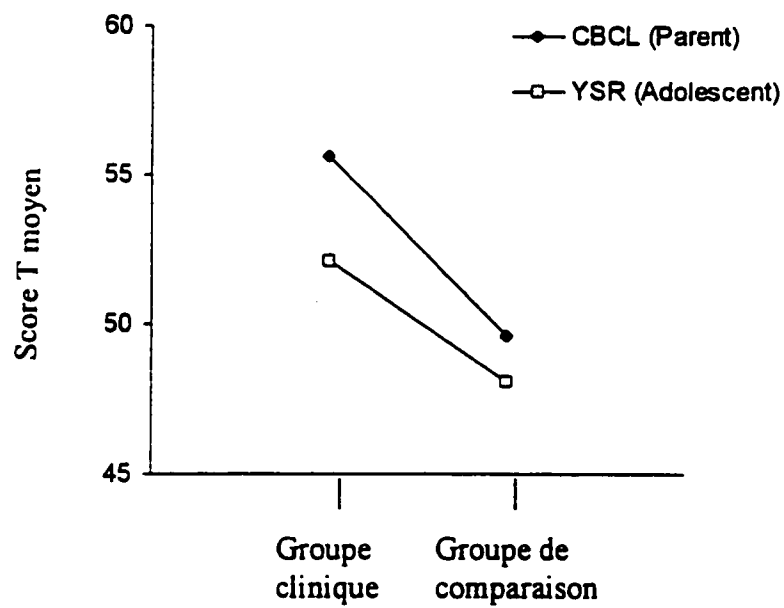
La figure 4 illustre les résultats obtenus pour la variable problèmes émotifs (internalizing problems). Comme le montre cette figure, aucune interaction entre les facteurs groupe et source d'information n'est apparue pour la variable problèmes émotifs. Les effets multivariés et univariés des facteurs groupe et source d'information ont donc pu être interprétés au niveau de cette variable.

Le facteur groupe a produit un effet principal significatif sur les variables prises globalement ($F(2,137) = 8.52, p < .05$). L'analyse univariée effectuée pour la variable problèmes émotifs a fait ressortir un effet principal significatif du facteur groupe ($F(1,138) = 15.22, p < .025$). Au dire des adolescents et de leurs parents, les sujets du groupe clinique ($M = 53.9, ET = 9.5$) ont manifesté plus de problèmes de nature émotive que ceux du groupe de comparaison ($M = 48.9, ET = 9.4$).

Le facteur source d'information a également produit un effet principal significatif sur les variables prises globalement ($F(2,137) = 7.04, p < .05$). L'analyse univariée qui a suivi pour les problèmes émotifs a aussi révélé un effet principal significatif du facteur source d'information ($F(1,138) = 7.68, p < .025$). Les parents des deux groupes ($M = 52.6, ET = 10.2$) ont rapporté plus de problèmes émotifs que leurs adolescents ($M = 50.1, ET = 9.1$).

A titre exploratoire, des analyses supplémentaires ont été effectuées afin de vérifier si les sujets du groupe clinique présentaient plus de problèmes émotifs et comportementaux se situant dans le créneau clinique par rapport aux sujets du groupe de comparaison. Pour ce faire, les scores T des sous-échelles comportementales du YSR ainsi que du CBCL ont été

Figure 4. Scores T moyens à l'échelle de problèmes émotifs (internalizing) en fonction du groupe et de la source d'information



divisés en deux catégories, soit une catégorie de scores se trouvant dans le créneau clinique et une autre se situant dans la normale. Le critère $T > 63$ a été adopté à cette fin, tel que recommandé par Achenbach (1991a; 1991b). Quatre tests chi-carrés ont donc été entrepris afin de comparer le pourcentage de sujets ayant des problèmes se situant dans le créneau clinique dans chacun des groupes. Par conséquent, le niveau de signification alpha a été fixé à .0125. Les résultats des tests chi-carrés ont révélé que, selon les perceptions des parents, le pourcentage de sujets manifestant des problèmes émotifs et comportementaux se situant dans le créneau clinique était plus élevé dans le groupe clinique que dans le groupe de comparaison. Cependant, aucune différence significative entre les groupes n'a été rapportée par les adolescents (voir le tableau 4).

Hypothèse 1c. Sur le plan du fonctionnement social général, l'hypothèse 1c prédisait que les adolescents atteints d'épilepsie rapporteraient détenir de moins bonnes compétences sociales que celles de leurs pairs ainsi qu'un réseau social global (incluant la famille, les pairs et autres adultes) plus restreint.

Deux analyses ont été entreprises afin de vérifier cette hypothèse. Tout d'abord, un test t a été effectué afin de comparer le réseau social global des deux groupes (List of Important People in Your Life). Puis, une analyse de variance multivariée à mesures répétées (doubly multivariate) 2×2 (groupe $\times$ source d'information: clinique vs comparaison $\times$ adolescent vs parent) a été effectuée afin de comparer les compétences sociales des sujets, selon la perspective des adolescents (YSR) et de leurs parents (CBCL). Le niveau de signification alpha a donc été ajusté à .025.

Tableau 4

Résultats des tests chi-carrés concernant les problèmes de comportement se trouvant dans le créneau clinique chez les sujets du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 140)

		Groupe clinique (n = 70)	Groupe de comparaison (n = 70)	χ^2 (dl, N)	valeur p
<u>Parents (CBCL):</u>					
Problèmes émotifs				7.77	p < .0125
Créneau normal				(1, N=140)	
	<u>Fq</u>	53	65		
	%	75.7	92.9		
Créneau clinique	<u>Fq</u>	17	5		
	%	24.3	7.1		
Problèmes comportementaux					p < .0125*
Créneau normal	<u>Fq</u>	63	70		
	%	90.0	100.0		
Créneau clinique	<u>Fq</u>	7	0		
	%	10.0	0.0		
<u>Adolescents (YSR):</u>					
Problèmes émotifs				.10	p > .0125
Créneau normal	<u>Fq</u>	64	65	(1, N=140)	
	%	91.4	92.9		
Créneau clinique	<u>Fq</u>	6	5		
	%	8.6	7.1		

Tableau 4 suite ...

Suite du tableau 4

Problèmes comportementaux				.89 (1, N=140)	p > .0125
Créneau normal	<u>Fq</u> %	63 90.0	66 94.3		
Créneau clinique	<u>Fq</u> %	7 10.0	4 5.7		

Note. *Utilisation de la valeur p du Test exact de Fisher car la fréquence attendue < 5 dans un des sous-groupes.

Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

Les résultats du test t ont révélé une différence significative entre les deux groupes de sujets quant à la taille totale de leur réseau social ($t(137) = -2.42, p < .025$). En effet, les adolescents du groupe clinique ont rapporté un nombre moins élevé de personnes dans leur réseau social (incluant la famille, les pairs et autres adultes) que les adolescents du groupe de comparaison ($M = 9.4$ vs. $M = 10.9$). Il est à noter que les données d'un sujet du groupe clinique n'ont pu être obtenues.

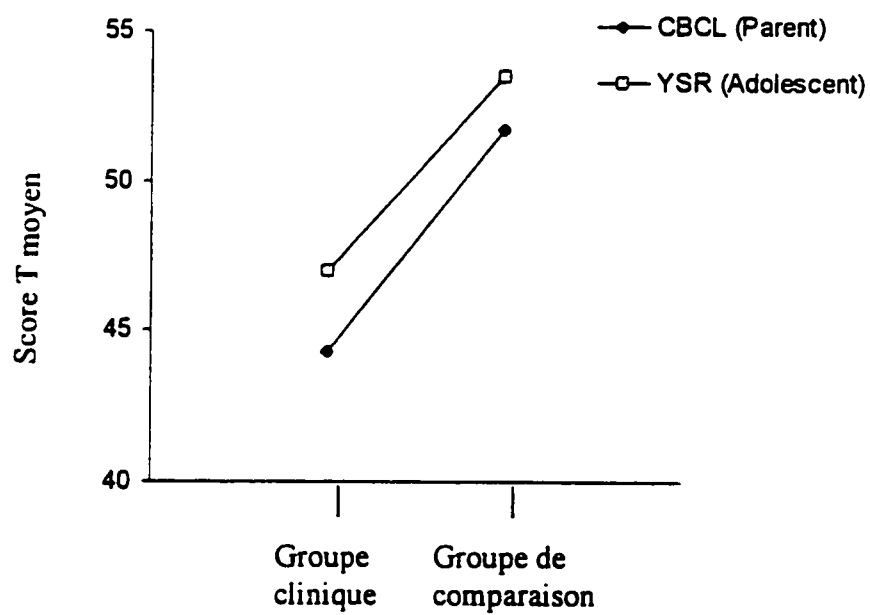
Quant aux compétences sociales, les résultats de l'analyse de variance multivariée à mesures répétées 2×2 ont aussi révélé des différences significatives. La figure 5 illustre les résultats obtenus. Comme le montre cette figure, aucune interaction n'est apparue entre les facteurs groupe et source d'information ($F(1,134) = .30, p > .025$).

Le facteur groupe a produit un effet principal significatif ($F(1,134) = 27.82, p < .025$). Selon la perception des adolescents et de leurs parents, les sujets du groupe clinique ($M = 45.5, ET = 10.4$) ont de moins bonnes compétences sociales que ceux du groupe de comparaison ($M = 52.6, ET = 8.2$).

Un effet principal significatif est également apparu au niveau du facteur source d'information. En effet, les parents des deux groupes ($M = 48.1, ET = 9.7$) ont rapporté des niveaux de compétences sociales moins élevés que leurs adolescents ($M = 50.4, ET = 10.2$). Il est à noter que les données de quatre adolescents du groupe clinique n'ont pu être obtenues.

A titre exploratoire, des analyses supplémentaires ont été effectuées afin de vérifier si le pourcentage de sujets se trouvant dans le créneau clinique par rapport à leurs compétences

Figure 5. Scores T moyens à l'échelle de compétences sociales en fonction du groupe et de la source d'information



sociales était plus élevé chez le groupe clinique que chez le groupe de comparaison. Pour ce faire, les scores T du YSR et du CBCL ont été divisés en deux catégories, tout comme pour l'hypothèse 1b. Dans ce cas-ci, le seuil critique $T < 37$ a été adopté (Achenbach, 1991a; 1991b) et deux tests chi-carrés effectués. Le niveau de signification alpha a donc été établi à .025. Les résultats de ces deux tests chi-carrés ont révélé que selon la perception des adolescents et de leurs parents, un plus grand nombre de sujets se trouvaient dans le créneau clinique dans le groupe clinique comparativement au groupe de comparaison (voir le tableau 5).

Hypothèse 1d. Sur le plan scolaire et professionnel, l'hypothèse 1d prédisait que les adolescents atteints d'épilepsie auraient plus de problèmes académiques et éprouveraient plus de difficultés à obtenir un emploi que les adolescents du groupe de comparaison. Les données du CBCL concernant le recours à une aide spéciale à l'école ainsi que la présence d'un redoublement de classe ont servi à évaluer sommairement les difficultés académiques. Quant aux données du questionnaire socio-démographique, elles ont permis de déterminer le pourcentage de sujets ayant déjà travaillé à l'extérieur à temps partiel ou complet dans chacun des deux groupes, que ce soit pendant l'été ou durant l'année scolaire. Trois tests chi-carrés ont été effectués à partir de ces informations. Le niveau de signification alpha a été établi à .017. Comme le montre le tableau 6, des différences significatives sont apparues par rapport au fonctionnement académique. En effet, contrairement aux sujets du groupe clinique, aucun sujet du groupe de comparaison n'a eu recours à une aide spéciale. De plus, un nombre plus élevé de sujets du groupe clinique ont redoublé une année scolaire.

Tableau 5

Résultats des tests chi-carrés concernant les niveaux de compétences sociales se trouvant dans le créneau clinique chez les sujets du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 140)

		Groupe clinique (n = 70)	Groupe de comparaison (n = 70)	χ^2 (dl, N)	valeur p
<u>Parents (CBCL):</u>				20.66 (1, N=140)	p < .025
Créneau normal	<u>Fq</u> %	52 74.3	70 100.0		
Créneau clinique	<u>Fq</u> %	18 25.7	0 0.0		
<u>Adolescents (YSR)*:</u>					p < .025 ^b
Créneau normal	<u>Fq</u> %	58 87.9	69 98.6		
Créneau clinique	<u>Fq</u> %	8 12.1	1 1.4		

Note. *n = 64 dans le groupe clinique. ^bUtilisation de la valeur p du Test exact de Fisher car la fréquence attendue < 5.

Niveau de signification alpha ajusté à .025.

Tableau 6

Résultats des tests chi-carrés concernant le fonctionnement académique et professionnel chez les sujets du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 140)

		Groupe clinique ($n = 70$)	Groupe de comparaison ($n = 70$)	χ^2 (dl, N)	valeur p
Aide scolaire spéciale:					$p < .017^a$
Absence	$\frac{Fq}{\%}$	62 88.6	70 100.0		
Présence	$\frac{Fq}{\%}$	8 11.4	0 0.0		
Redoublement:				6.38 (1, N=140)	$p < .017$
Absence	$\frac{Fq}{\%}$	56 80.0	66 94.3		
Présence	$\frac{Fq}{\%}$	14 20.0	4 5.7		
Obtention d'un emploi ^b :				.19 (1, N=139)	$p > .017$
Absence	$\frac{Fq}{\%}$	34 48.6	31 44.9		
Présence	$\frac{Fq}{\%}$	36 51.4	38 55.1		

Note. ^aUtilisation de la valeur p du Test exact de Fisher car la fréquence attendue < 5 .

^b $n = 69$ dans le groupe de comparaison.

Niveau de signification alpha ajusté à .017.

Toutefois, aucune différence significative n'est ressortie quant à l'obtention d'un emploi (voir le tableau 6).

Comparaison de la perception des relations entretenues avec les pairs chez les adolescents atteints d'épilepsie et les adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 2)

Hypothèse 2a. D'un point de vue quantitatif, l'hypothèse 2a prédisait que la taille du réseau social des pairs (List of Important People in Your Life) serait moins élevée chez les adolescents atteints d'épilepsie que chez les adolescents du groupe de comparaison. Elle prédisait également que le pourcentage de temps passé avec les pairs (Experience Sampling Method) serait inférieur chez les adolescents atteints d'épilepsie.

Afin de vérifier cette hypothèse, deux tests t ont été effectués et le niveau de signification alpha ajusté à .025. Il est à noter que les données d'un sujet du groupe clinique n'ont pu être obtenues pour la variable taille du réseau social des pairs et que le postulat de normalité a été enfreint dans le cas de la variable pourcentage de temps passé avec les pairs. En effet, une valeur extrême positive était présente dans le groupe de comparaison. La recodification de cette valeur n'ayant pas permis de l'éliminer, l'analyse a été effectuée avec et sans cette valeur. Les résultats obtenus étant semblables, seuls les résultats en présence de cette valeur extrême sont rapportés.

Une différence significative est apparue ($t(137) = -2.66, p < .025$) en ce qui a trait à la taille du réseau social des pairs. En effet, les adolescents du groupe clinique ont rapporté un nombre inférieur de pairs dans leur réseau comparativement aux adolescents du groupe de

comparaison ($M = 4.3$ vs. $M = 5.7$).

Quant au pourcentage de temps passé avec les pairs, les résultats du test t ont également révélé une différence significative entre les deux groupes de sujets ($t(138) = 3.17$, $p < .025$). Les adolescents du groupe clinique ont noté qu'ils passaient moins de temps avec leurs pairs (en termes de pourcentage) que les adolescents du groupe de comparaison ($M = 20.5\%$ vs. $M = 27.3\%$). Il faut souligner que lors de la codification du pourcentage de temps passé avec les pairs, il a été décidé d'exclure tous les moments partagés avec les pairs en présence d'un membre de la famille. Cette décision a été motivée par les résultats des recherches qui démontrent que les enfants atteints d'épilepsie auraient tendance à être surprotégés par leurs parents. La présente étude tentait donc de comparer le pourcentage de temps passé avec les pairs sans l'influence de la famille.

Hypothèse 2b. D'un point de vue qualitatif, l'hypothèse 2b prédisait que les adolescents atteints d'épilepsie rapporteraient un moins bon concept de soi que celui des adolescents du groupe de comparaison en ce qui touche spécifiquement les relations qu'ils entretiennent avec leurs pairs du même sexe et du sexe opposé. Elle prédisait aussi qu'ils percevraient des niveaux de support social et de satisfaction moins élevés que ceux des adolescents du groupe de comparaison en ce qui a trait à leur relation avec leur meilleur ami.

Deux analyses de variance multivariée ont été effectuées. La première inclut deux variables, soit les concepts de soi par rapport aux pairs du même sexe et du sexe opposé (sous-échelles du SDQ-II). La seconde comporte également deux variables, soit le niveau de satisfaction et le niveau de support perçus dans la relation avec le meilleur ami (échelles du

NRI). Le niveau de signification alpha a donc été établi à .025 pour les MANOVAs et à .0125 pour les ANOVAs qui ont suivies. En ce qui concerne les données manquantes, elles sont au nombre de trois dans le groupe clinique pour chacune de ces variables. Quant au respect des postulats de base, une transformation miroir (reflect) suivie d'une extraction de la racine carrée a dû être effectuée pour les concepts de soi par rapport aux pairs du même sexe et du sexe opposé. Les résultats de la première MANOVA ont révélé un effet principal significatif sur les variables du concept de soi social prises globalement ($F(2,134) = 6.05$, $p < .025$). Les deux analyses univariées qui ont suivi ont toutefois démontré qu'une différence significative entre les groupes n'était présente qu'au niveau de la variable concept de soi par rapport aux pairs du même sexe ($F(1,135) = 10.87$, $p < .0125$). En effet, les adolescents du groupe clinique ont rapporté détenir un concept de soi moins élevé que celui des adolescents du groupe de comparaison en ce qui concerne leurs relations avec leurs pairs du même sexe. Soulignons que, quoiqu'il ne se soit pas avéré significatif avec l'indice correcteur alpha, le résultat de l'ANOVA pour la variable concept de soi par rapport aux pairs du sexe opposé demeure marginal ($F(1,135) = 6.30$, $p = .013$).

En ce qui a trait à la relation avec le meilleur ami, les résultats de la MANOVA n'ont pas révélé de différence significative entre les groupes pour l'ensemble des variables ($F(2,134) = .57$, $p > .025$). Par conséquent, aucune analyse au niveau univarié n'a été entreprise. Il est important de noter que trois des sujets du groupe clinique n'avaient aucun ami et que leurs données pour ces variables ont été traitées comme manquantes. C'est donc dire que lorsqu'ils ont un meilleur ami, les sujets des deux groupes rapportent des niveaux de support et de satisfaction semblables dans leur relation avec ce dernier.

Comparaison de la perception des relations entretenues avec la famille chez les adolescents atteints d'épilepsie et les adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 3)

Hypothèse 3a. D'un point de vue quantitatif, l'hypothèse 3a prédisait que la proportion du réseau social représentée par les membres de la famille (List of Important People in Your Life) serait plus élevée chez les adolescents atteints d'épilepsie que chez les adolescents du groupe de comparaison. Elle prédisait aussi que le pourcentage de temps passé avec la famille serait supérieur chez les adolescents atteints d'épilepsie (Experience Sampling Method).

Afin de vérifier cette hypothèse, deux tests t ont été effectués et le niveau de signification alpha établi à .025. Les données d'un sujet du groupe clinique n'ont pu être compilées pour la variable proportion du réseau social représentée par la famille.

Une différence significative entre les deux groupes est apparue ($t(137) = 2.79$, $p < .025$) en ce qui a trait à la proportion du réseau social représentée par les membres de la famille. En effet, cette dernière était plus élevée chez les adolescents du groupe clinique que chez ceux du groupe de comparaison ($M = 51.2$ vs. $M = 41.2$).

Une différence significative a également été observée quant au pourcentage de temps passé avec la famille ($t(138) = -3.80$, $p < .025$). Les adolescents du groupe clinique ont rapporté passer plus de temps avec leur famille que les adolescents du groupe de comparaison ($M = 37.4\%$ vs. $M = 27.1\%$), que ce soit en la présence ou en l'absence de leurs pairs.

Hypothèse 3b. D'un point de vue qualitatif, l'hypothèse 3b prédisait que les sujets du groupe clinique auraient une perception plus négative de la dynamique de leur famille que celle des sujets du groupe de comparaison. Une analyse de variance multivariée à mesures répétées (doubly multivariate) 2 X 2 (groupe X source d'information: clinique vs comparaison X adolescent vs parent) comprenant cinq des échelles du FES a été effectuée. Le niveau de signification alpha a donc été fixé à .05 pour cette MANOVA et à .01 pour les ANOVAs qui y ont été associées. Le postulat de normalité n'étant pas respecté, une transformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée a été effectuée sur la variable mesurant le niveau de cohésion familiale perçu par les adolescents et leurs parents.

Aucune interaction n'est apparue entre les facteurs groupe et source d'information pour les variables prises globalement ($F(5,134) = .95, p > .05$).

Le facteur groupe a produit un effet principal significatif sur l'ensemble des variables ($F(5,134) = 2.78, p < .05$). Les cinq ANOVAs qui ont suivi ont montré que cet effet principal du facteur groupe était significatif uniquement au niveau de l'échelle d'indépendance ($F(1,138) = 7.27, p < .01$). Selon les perceptions des adolescents et de leurs parents, les familles du groupe clinique ($\underline{M} = 44.8, \underline{ET} = 12.5$) manifestent un niveau d'indépendance moins élevé que celui des familles du groupe de comparaison ($\underline{M} = 48.7, \underline{ET} = 10.8$).

Le facteur source d'information a également produit un effet principal significatif sur les variables prises globalement ($F(5,134) = 17.59, p < .05$). Les analyses univariées qui ont suivi ont elles aussi révélé que cet effet principal du facteur source d'information ne s'avérait significatif qu'au niveau d'une seule des cinq échelles, soit celle d'expression

($F(1,138) = 69.40, p < .01$). Les parents des deux groupes ($M = 52.3, ET = 11.7$) ont rapporté un niveau d'expression familiale plus élevé que celui de leurs adolescents ($M = 42.1, ET = 11.7$).

A titre exploratoire, des analyses supplémentaires ont été effectuées afin de voir si les adolescents atteints d'épilepsie rapportaient des niveaux de support social et de satisfaction différents de ceux des adolescents du groupe de comparaison en ce qui a trait à leurs relations avec leur mère et leur père. Les niveaux de satisfaction et de support social perçus par l'adolescent dans ses relations avec sa mère et son père ont été mesurés à l'aide du NRI.

Deux MANOVAs ont été effectuées, soit une première sur les variables décrivant la perception de l'adolescent par rapport à sa relation avec sa mère, puis une seconde sur les variables reliées à sa relation avec son père. Par conséquent, le niveau de signification alpha a été établi à .025 pour les MANOVAs et .0125 pour les ANOVAs associées. Un examen des valeurs manquantes a révélé que quatre sujets n'avaient pu décrire leur relation avec leur père et deux autres, leur relation avec leur mère. Il s'agit, pour la plupart, de sujets dont l'un des parents était décédé ou ne fréquentait plus l'adolescent depuis plusieurs années. La vérification des postulats de base a démontré que le postulat de normalité univariée n'était pas respecté pour trois des variables en jeu. En effet, les deux variables ayant trait à la relation avec la mère de même que la variable décrivant le support social perçu dans la relation avec le père étaient asymétriques de façon négative. Une transformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée a donc été effectuée sur chacune d'entre elles afin de respecter les postulats.

En ce qui a trait à la qualité de la relation avec la mère, les résultats de la MANOVA n'ont pas révélé de différence significative entre les groupes sur l'ensemble des variables ($F(2,135) = 2.09, p > .025$). Il en fut de même en ce qui touche la relation avec le père ($F(2,133) = 1.34, p > .025$). Par conséquent, aucune analyse au niveau univarié n'a été entreprise pour ces deux MANOVAs.

Afin de répondre au deuxième objectif de la présente étude, soit déterminer jusqu'à quel point les facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux prédisent la perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial, les questions de recherche 1 à 3 ont été examinées. Pour ce faire, des analyses de régressions multiples dans lesquelles la variable groupe a été traitée comme l'une des variables indépendantes à l'étude ont été employées. En procédant ainsi, il s'avérait possible de comparer les coefficients de régression obtenus pour chacun des groupes de sujets et, par le fait même, de répondre au troisième objectif de la présente recherche, soit déterminer si les facteurs prédisant le fonctionnement psychosocial de l'adolescent étaient semblables chez les deux groupes de sujets. De façon plus spécifique, la méthode préconisée par Pedhazur (1997) pour aborder ce genre d'analyses statistiques a été utilisée (pp. 560-627). Ainsi, la variable groupe a d'abord été recodifiée en un vecteur E (effect coding) dont les valeurs représentaient l'appartenance au groupe ($E=1$ pour le groupe clinique et $E=-1$ pour le groupe de comparaison). Puis, des vecteurs d'interaction reflétant l'interaction obtenue entre la variable groupe et chacune des variables indépendantes à l'étude ont été compilés (vecteur E multiplié par chacune des variables prédictrices à l'étude). Une fois ces vecteurs obtenus, ils ont été entrés dans la

régression multiple de manière hiérarchique. Dans un premier temps, les vecteurs représentant les variables prédictives spécifiques à la question de recherche étudiée (facteurs socio-démographiques, par exemple) ont été entrés. Puis ont suivi le vecteur E et, en dernier lieu, les vecteurs d'interaction en jeu. Cet ordre d'entrée en trois grandes étapes permet ainsi d'évaluer s'il y a présence ou non d'une interaction entre l'appartenance au groupe et les caractéristiques particulières des sujets (facteurs socio-démographiques, par exemple). Afin de faciliter la suite de l'exposé des résultats de la présente étude, un résumé des étapes à suivre lors de l'analyse des résultats sera d'abord exposé. Ce résumé contient les consignes données par Pedhazur (1997) de même qu'une description de la façon dont doivent être interprétés les résultats obtenus à chaque étape.

Comme le mentionne Pedhazur (1997), l'interprétation des résultats de ce type de régression s'effectue en analysant une par une, les trois grandes étapes de la régression et ce, en commençant par la troisième. A chacune de ces étapes, l'interprétation des résultats débute par l'examen du niveau de signification de la valeur F associée à la variance additionnelle expliquée (F_{inc}) par l'ajout des variables spécifiques à cette étape. L'examen de cette valeur F_{inc} permet de savoir si, oui ou non, l'ajout des variables spécifiques à cette étape a eu un effet significatif sur la régression. Selon le résultat obtenu (F_{inc} significatif ou non), la façon de procéder pour la suite de l'interprétation varie. Outre la valeur F_{inc} , il importe à chaque étape d'examiner la valeur sr^2_{inc} afin de connaître le pourcentage de la variance additionnelle de la variable dépendante expliqué par l'ajout des variables spécifiques à cette étape.

Si, dans le cadre de la présente recherche, les résultats obtenus lors de la troisième

étape indiquent l'absence d'interaction entre l'appartenance au groupe et les caractéristiques particulières des sujets (F_{mc} non significatif), on peut conclure que l'effet de ces caractéristiques sur la variable dépendante est le même chez les deux groupes de sujets. Cela signifie notamment que les coefficients B de régression sont identiques dans les deux groupes et que les pentes des équations sont parallèles. Si, au contraire, les résultats de la troisième étape révèlent la présence d'une interaction (F_{mc} significatif), on doit conclure que l'effet des caractéristiques particulières des sujets sur la variable dépendante varie d'un groupe à l'autre. Les coefficients B de régression sont donc significativement différents dans les deux groupes et les pentes non parallèles. Etant donné que les régressions effectuées pour répondre aux questions de recherche de l'étude incluent plusieurs facteurs prédictifs à la fois et donc, plusieurs vecteurs d'interaction, il importe de déterminer, à ce stade-ci, au niveau de quel(s) facteur(s) spécifique(s) se situe cette interaction. Des analyses supplémentaires sont alors entreprises dans le but d'une part, de trouver où se situe cette interaction et, d'autre part, de calculer les paramètres de l'équation caractérisant chacun des deux groupes.

Lorsqu'une absence d'interaction est notée lors de l'étape 3, l'interprétation des résultats se poursuit par l'analyse des résultats obtenus à l'étape 2. Cette étape permet d'évaluer l'effet du groupe sur la variable dépendante une fois que les facteurs prédictifs spécifiques à la question de recherche ont été entrés. Elle permet plus particulièrement de déterminer si les intercepts des équations des deux groupes sont semblables ou distincts. Quand l'effet du groupe n'est pas significatif (F_{mc} non significatif), on conclut que les intercepts sont semblables et les pentes tout à fait identiques. Une seule et unique équation de régression suffit alors à décrire l'effet des facteurs prédictifs spécifiques de la question

de recherche sur la variable dépendante. Si, au contraire, l'effet du groupe s'avère significatif (F_{inc} significatif), on conclut que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont distincts. Cela revient à dire qu'un groupe de sujets obtient des résultats plus élevés que l'autre en ce qui concerne la variable dépendante et donc, que les équations de régression diffèrent d'un groupe à l'autre. Les pentes de ces équations demeurent toutefois parallèles (à cause de l'absence d'interaction). La valeur de l'intercept et des coefficients B de l'équation de chacun des deux groupes est ensuite calculée à partir des paramètres de l'équation obtenue à l'étape 2. En plus de ces valeurs, on rapporte à cette étape le pourcentage additionnel de la variance totale de la variable dépendante expliqué par l'appartenance au groupe (Δr^2_{inc}). Puis, les résultats de l'étape 1 sont examinés afin de savoir si, outre le groupe, les facteurs prédictors spécifiques à la question de recherche ont aussi contribué de manière significative à l'équation finale de chaque groupe. Si ce n'est pas le cas (F_{inc} non significatif), on conclut que, hormis l'appartenance au groupe, aucune autre variable ne peut expliquer le pourcentage de la variance totale de la variable dépendante obtenu à l'étape 2.

Lorsqu'aucun effet de groupe n'apparaît au cours de la deuxième étape, l'interprétation des résultats se poursuit par l'analyse des résultats obtenus à l'étape 1. Cette étape permet d'évaluer l'effet des facteurs prédictors spécifiques à la question de recherche sur la variable dépendante. Elle sert notamment à déterminer les paramètres de l'équation de régression s'appliquant aux deux groupes de sujets. Quand les résultats de cette première étape indiquent que les facteurs prédictors spécifiques à la question de recherche ne contribuent pas significativement à la régression (F_{inc} non significatif), on conclut qu'aucun

des facteurs inclus dans l'équation ne prédit la variable dépendante et ce, quelle que soit l'appartenance au groupe. Si, au contraire, le résultat de l'étape 1 s'avère significatif (F_{inc} significatif), on conclut que les facteurs prédictors spécifiques de la question de recherche expliquent un pourcentage de la variance de la variable dépendante identique dans chaque groupe (sr^2_{inc}). Etant donné que les régressions effectuées pour répondre aux questions de recherche de l'étude incluent plusieurs facteurs prédictors à la fois, il importe, à ce stade-ci, de déterminer le(s)quel(s) des facteurs spécifiques contribuent significativement à la régression et de décrire, en dernier lieu, les paramètres de l'équation alors obtenue.

Dans le cadre de la présente étude, plusieurs variables dépendantes ont été sélectionnées afin de représenter la perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial et de leur concept de soi. Il s'agit des trois échelles du YSR décrivant les problèmes émotifs, les problèmes comportementaux et les compétences sociales de l'adolescent de même que l'échelle du concept de soi global du SDQ-II. Ces quatre variables ont été choisies de façon à pouvoir vérifier si, tel que le suggère le modèle théorique, les facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux prédisent le fonctionnement psychosocial de l'adolescent de façon directe et indirecte (via une influence sur le concept de soi). Un tableau des corrélations entre ces quatre variables se trouve en appendice Q. Dans le cadre de chacune des questions de recherche qui suivent, quatre régressions multiples ont été effectuées. Un indice correcteur de Bonferroni a été utilisé à l'intérieur de chaque question de recherche afin de corriger l'effet d'analyses multiples et contrôler la présence d'erreur de Type 1 (Stevens, 1996; Tabachnick & Fidell, 1989). L'indice de signification alpha a donc été ajusté à .0125 ($\alpha = .05/4$) pour chaque question de recherche.

Prédiction du fonctionnement psychosocial à partir des facteurs socio-démographiques

(question de recherche 1)

La question de recherche 1 avait pour but de déterminer si des facteurs socio-démographiques avaient un effet significatif sur la perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial.

Trois variables socio-démographiques ont été choisies comme variables indépendantes, soit le revenu familial annuel, le sexe et l'âge de l'adolescent. La sélection et l'ordre d'entrée de ces variables ont été déterminés à la lumière du recensement des écrits sur l'épilepsie et d'autres maladies chroniques durant l'enfance. Ainsi, au cours de cette première grande étape, la priorité a d'abord été accordée au sexe, suivi du revenu familial et de l'âge de l'adolescent. Tel que convenu, la variable représentant l'appartenance au groupe ainsi que les variables reflétant les interactions entre le facteur groupe et chacune de ces trois variables socio-démographiques ont été entrées dans la régression hiérarchique en deuxième et troisième étapes.

Un examen des données manquantes et des postulats de base a été effectué au préalable. En ce qui concerne les variables dépendantes, les données de quelques sujets n'ont pu être compilées pour les variables compétences sociales (quatre valeurs manquantes) et concept de soi (une valeur manquante). La variable concept de soi ayant une courbe de distribution asymétrique négative, elle a subi une transformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée. Toutefois, comme les résultats de la régression avec et sans cette transformation étaient semblables, seuls les résultats obtenus sans transformation seront présentés. Quant aux variables indépendantes, l'examen des postulats de base a démontré

que les données du revenu familial ne respectaient pas le postulat de normalité univariée et que six valeurs étaient manquantes. Une extraction de la racine carrée de cette variable a été effectuée. Puis les autres postulats ont été vérifiés une fois cette variable transformée.

Une première régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes émotifs chez l'adolescent. L'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre les variables socio-démographiques et l'appartenance au groupe n'était présente ($sr^2_{inc} = .03$; $F_{inc}(3,126) = 1.56$, $p > .0125$). Par conséquent, il est possible de conclure que l'effet des variables socio-démographiques est le même dans les deux groupes de sujets et que les pentes des équations sont parallèles (coefficients B identiques). L'analyse des résultats obtenus à la deuxième étape a, pour sa part, montré que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif lui non plus ($sr^2_{inc} = .03$; $F_{inc}(1,129) = 4.62$, $p > .0125$). C'est donc dire que les intercepts et les pentes des équations de régression sont semblables dans les deux groupes et qu'une seule équation de régression permet de décrire l'effet des facteurs socio-démographiques sur la présence de problèmes émotifs. Les paramètres de cette équation se trouvent dans les résultats obtenus lors de la première étape. Tel que mentionné, au cours de cette première étape, les trois variables socio-démographiques ont été entrées séparément dans l'équation sous forme de trois sous-étapes (sexe, revenu puis âge). L'examen de la troisième sous-étape qui elle, évalue l'apport de la variable âge une fois les variables sexe et revenu déjà entrées dans l'équation, a montré que l'âge ne contribuait aucunement à prédire la présence de problèmes émotifs ($sr^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,130) = .42$, $p > .0125$). Un examen des sous-étapes 2 et 1 a suivi et a révélé que ni

le revenu ($\underline{sr}^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(1,131) = 2.54$, $p > .0125$), ni le sexe ($\underline{sr}^2_{inc} = .04$; $F_{inc}(1,132) = 4.78$, $p > .0125$) ne fournissaient un apport significatif dans la régression. Il est donc possible de conclure que, selon la perception des adolescents des deux groupes, aucun facteur socio-démographique ne permet de prédire la présence de problèmes émotifs. Il n'a donc pas été jugé opportun de rapporter les paramètres de l'équation de cette régression. Le tableau 7 illustre toutefois les corrélations obtenues entre la variable dépendante et les trois variables socio-démographiques de cette régression.

Une seconde régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes comportementaux chez l'adolescent. Tout comme pour la première régression, l'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre les variables socio-démographiques et l'appartenance au groupe n'était présente ($\underline{sr}^2_{inc} = .04$; $F_{inc}(3,126) = 1.66$, $p > .0125$). Quant aux données de la deuxième étape, elles ont montré que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif ($\underline{sr}^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,129) = 1.85$, $p > .0125$). Enfin, l'examen de la première étape a révélé que ni l'âge ($\underline{sr}^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(1,130) = 3.21$, $p > .0125$), ni le revenu ($\underline{sr}^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,131) = 1.37$, $p > .0125$), ni le sexe ($\underline{sr}^2_{inc} = .03$; $F_{inc}(1,132) = 3.99$, $p > .0125$) ne contribuaient significativement à prédire la présence de problèmes comportementaux. Ces résultats permettent donc de conclure que, selon la perception des adolescents des deux groupes, aucun facteur socio-démographique ne prédit la présence de problèmes comportementaux. Tout comme dans le cas de la régression précédente, il n'a pas été jugé opportun de rapporter les paramètres de l'équation de régression obtenue à l'étape 1 puisque rien ne s'était avéré significatif. Le

Tableau 7

Corrélations de Pearson entre les problèmes émotifs et les facteurs socio-démographiques
(N = 134)

	2. Sexe	3. Revenu	4. Age
1. Problèmes émotifs	.19	-.12	-.04
2. Sexe		.09	.17
3. Revenu ^a			.17
4. Age			

Note. ^aTransformation (racine carrée) de la variable revenu annuel familial.

tableau 8 montre cependant les corrélations existant entre les trois variables socio-démographiques de cette régression et la variable problèmes comportementaux.

Une troisième régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire les compétences sociales de l'adolescent. L'examen de la troisième étape de cette régression a révélé qu'aucune interaction significative entre les variables socio-démographiques et l'appartenance au groupe n'était présente ($sr^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(3,122) = .59$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la deuxième étape a indiqué que l'appartenance au groupe contribuait de façon significative à la régression ($F_{inc}(1,125) = 11.11$, $p < .0125$). En effet, 7% de la variance totale des compétences sociales est attribuable à l'addition du vecteur groupe dans l'équation ($sr^2_{inc} = .07$). On peut donc conclure que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont différents. La valeur de ces intercepts et des coefficients B pour chacun des groupes peut être calculée à partir de l'équation du modèle obtenu lors de cette deuxième étape. Toutefois, il importe d'établir auparavant si, outre l'appartenance au groupe, certains des facteurs socio-démographiques inclus précédemment dans la régression ont aussi fourni un apport significatif. Un examen des résultats obtenus à la première étape a révélé que le facteur âge (entré en troisième sous-étape) avait eu, lui aussi, un effet significatif ($F_{inc}(1,126) = 8.44$, $p < .0125$) et contribuait à expliquer un autre 6% de la variance totale des compétences sociales ($sr^2_{inc} = .06$). L'examen qui a suivi des sous-étapes 2 et 1 a montré par ailleurs, que ni le revenu ($sr^2_{inc} = .04$; $F_{inc}(1,127) = 6.13$, $p > .0125$), ni le sexe ($sr^2_{inc} = .03$; $F_{inc}(1,128) = 4.47$, $p > .0125$) ne prédisaient les compétences sociales. Ces données permettent donc d'affirmer que seuls l'âge et l'appartenance au groupe

Tableau 8

Corrélations de Pearson entre les problèmes comportementaux et les facteurs socio-démographiques (N = 134)

	2. Sexe	3. Revenu	4. Age
1. Problèmes comportementaux	.17	-.09	.16
2. Sexe		.09	.17
3. Revenu*			.17
4. Age			

Note. *Transformation (racine carrée) de la variable revenu annuel familial.

contribuent significativement à la régression et que, par conséquent, l'inclusion des variables sexe et revenu dans l'équation du modèle obtenu à la deuxième étape n'est pas justifiée. Une régression supplémentaire, incluant uniquement les vecteurs âge et groupe, a donc été effectuée afin d'obtenir les paramètres de l'équation finale de cette question de recherche. Les principaux résultats de cette régression de même que les paramètres de l'équation obtenue pour ce modèle réduit se trouvent dans le tableau 9.

La valeur du coefficient $\underline{B}$ associé à l'âge étant positive, on peut conclure que plus l'âge augmente, plus les compétences sociales s'améliorent. Quant à l'influence de l'appartenance au groupe, la substitution dans cette équation du vecteur E par les valeurs E correspondant aux deux groupes à l'étude ($E=1$ pour le groupe clinique et $E=-1$ pour le groupe de comparaison) a révélé que les sujets du groupe de comparaison obtenaient des résultats plus élevés à l'échelle de compétences sociales (intercept égal à 28.13) que ceux du groupe clinique (intercept égal à 22.01).

Afin de s'assurer que ce modèle réduit (variables âge et groupe) expliquait un pourcentage de la variance totale ($\underline{R}^2 = .18$) non différent statistiquement du pourcentage de la variance totale expliqué lorsque tous les facteurs socio-démographiques et le vecteur groupe étaient entrés dans la régression ($\underline{R}^2$ de l'équation de la deuxième étape = .21), une comparaison des valeurs $\underline{R}^2$ de ces deux modèles a été effectuée. Pour ce faire, les méthode et formule proposées par Pedhazur (1997) ont été employées (pp.108-109). Aucune différence significative n'est apparue entre les pourcentages de la variance totale des compétences sociales expliqués par ces deux modèles ($F_{\text{max}}(2,125) = 2.28, p > .0125$). L'utilisation du modèle réduit incluant uniquement les variables âge et groupe afin de prédire

Tableau 9

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant les compétences sociales à partir des facteurs socio-démographiques (N = 130)

Variables (VI)	Compétences sociales (VD)	Age	Groupe (E)	B	sr ² (incremental)
Age	.30			1.75	.09*
Groupe (E)	-.30	-.01		-3.06	.09*
Intercept: 25.07					
<u>M</u>	50.44	14.48	-.03		
<u>ET</u>	10.34	1.76	1.00		
					R ² = .18
					R ² ajusté = .17
					R = .42*

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

*p < .0125.

les compétences sociales est donc appropriée.

Une dernière régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire le concept de soi de l'adolescent. L'examen des résultats de la troisième étape a fait ressortir la présence d'une interaction significative entre l'appartenance au groupe et l'ensemble des variables socio-démographiques ($F_{inc}(3,125) = 4.33, p < .0125$). En effet, 8% de la variance totale du concept de soi est attribuable à l'addition des trois vecteurs d'interaction dans l'équation ($\Delta R^2_{inc} = .08$). Ces résultats permettent déjà de conclure que l'effet des variables socio-démographiques sur le concept de soi est différent chez les sujets du groupe clinique et du groupe de comparaison. C'est donc dire que les pentes des équations de régression ne sont pas parallèles et que leurs coefficients B varient d'un groupe à l'autre. Etant donné que cette question de recherche comporte trois vecteurs d'interaction, il importait de trouver au niveau duquel (ou desquels) des trois facteurs socio-démographiques se situait cet effet d'interaction. Pour le savoir, les résultats des tests t des vecteurs d'interaction obtenus lors de cette troisième étape ont été examinés. Seul le test t du vecteur d'interaction sexe par groupe s'est avéré significatif une fois les variables des autres étapes entrées ($t(125) = 2.73, p < .0125$). Par conséquent, une série de régressions supplémentaires a été entreprise afin de vérifier que, lorsqu'il était entré seul en une dernière étape, le vecteur d'interaction sexe par groupe avait toujours un effet prédictif sur le concept de soi. Les principaux résultats et paramètres de l'équation finale qui est ressortie de ces analyses se trouvent dans le tableau 10.

Comme le démontre ce tableau, les vecteurs reliés à l'âge et au revenu ont été inclus

Tableau 10

Resumé de la régression hiérarchique prédisant le concept de soi à partir des facteurs socio-démographiques (N = 133)

Variables (VI)	Concept de soi (VD)	1. Sexe	2. Revenu	3. Age	4. Groupe	Interaction 5. 6. 7.	B	ΔR^2 (incremental)
1. Sexe	.05						.62	.00
2. Revenu*	.14	-.08					.12	.02
3. Age	.06	-.18	.18				.33	.00
4. Groupe (E)	-.31	-.02	-.26	-.01			-18.63	.08*
5. Interaction Revenu X E							.41	.01
6. Interaction Age X E							.90	.02
7. Interaction Sexe X E							1.88	.05*
<u>M</u>	56.05	-.13	8.23	14.47			Intercept: 50.66	
<u>ET</u>	8.36	-1.00	2.26	1.76				

$R^2 = .19$
 $R^2 \text{ ajusté} = .14$
 $R = .43^*$

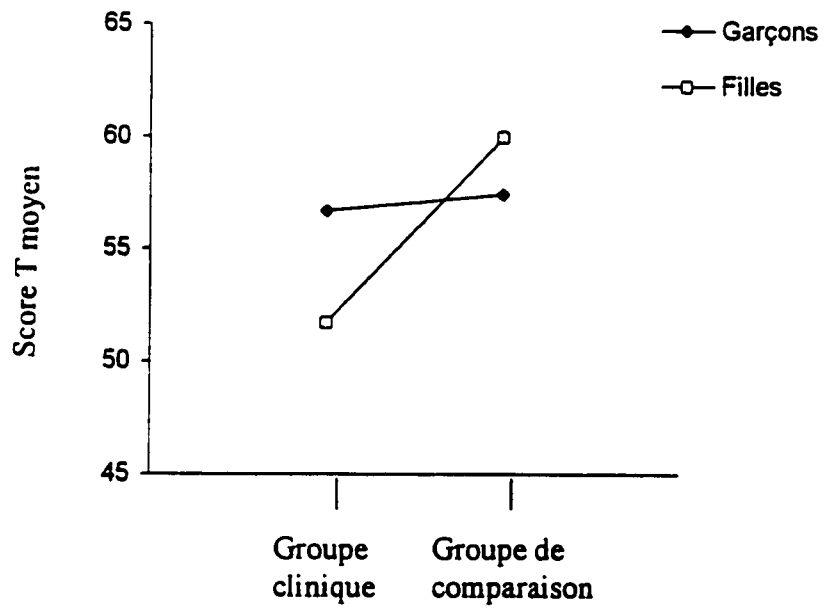
Note. *Transformation de la variable revenu annuel familial (extraction de la racine carrée).
Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

*p < .0125.

dans l'équation finale car ils exerçaient un effet de suppression sur l'interaction entre le sexe et l'appartenance au groupe. Aussi, afin de pouvoir énoncer de quelle manière le sexe prédit le concept de soi dans chacun des deux groupes de sujets, les procédures suivantes ont été appliquées. Dans un premier temps, les moyennes des variables âge et revenu ont été incorporées dans l'équation du tableau 10 afin de contrôler l'influence de ces deux variables. Puis, les valeurs correspondantes au vecteur sexe (effect coding) et au vecteur groupe (effect coding) ont été substituées dans cette équation. Quatre moyennes du concept de soi ont été obtenues par ce procédé. Elles reflètent les résultats respectifs des garçons et des filles dans chacun des groupes de sujets. La figure 6 illustre de manière graphique ces moyennes de même l'effet d'interaction obtenu entre le sexe et l'appartenance au groupe. A la lecture de cette figure, on constate que, dans le groupe clinique, les filles obtiennent un score moyen moins élevé que celui des garçons alors que le contraire se produit dans le groupe de comparaison.

En résumé, l'ensemble des résultats de la question de recherche 1 démontre que la contribution des variables socio-démographiques dans la prédiction du fonctionnement psychosocial de l'adolescent fluctue en fonction de la variable dépendante mesurée. En effet, selon la perception des adolescents des deux groupes, aucun facteur socio-démographique ne prédit la présence de problèmes émotifs et comportementaux. Toutefois, l'âge et l'appartenance au groupe contribuent significativement à expliquer la variance totale des compétences sociales. Quant au concept de soi, l'interaction entre les variables sexe et groupe prédit un certain pourcentage de sa variance lorsque les facteurs reliés à l'âge et au

Figure 6. Scores T moyens à l'échelle de concept de soi global en fonction du groupe et du sexe



revenu sont aussi entrés dans la régression.

Prédiction du fonctionnement psychosocial à partir de facteurs reliés à l'environnement social de l'adolescent (question de recherche 2)

La question de recherche 2 avait pour but de déterminer si des facteurs environnementaux avaient un effet significatif sur la perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial.

Question de recherche 2a. De façon plus spécifique, la question de recherche 2a visait à déterminer si des facteurs reliés aux perceptions qu'a l'adolescent de ses relations avec ses pairs avaient un effet significatif sur son fonctionnement psychosocial.

Quatre variables mesurant divers aspects des relations avec les pairs ont été choisies à titre de variables indépendantes et entrées dans la régression lors de la première grande étape. Il s'agit des niveaux de support et de satisfaction perçus dans la relation avec le meilleur ami (NRI), du pourcentage de temps passé avec les pairs (ESM) et de la taille du réseau social des pairs (List of Important People in Your Life). La sélection de ces variables spécifiques visait à couvrir à la fois l'aspect qualitatif et quantitatif des perceptions qu'a l'adolescent de ses relations avec ses pairs. L'ordre d'entrée de ces variables a été basé, d'une part sur le recensement des écrits et, d'autre part, sur les propriétés psychométriques des instruments mesurant ces variables. Ainsi, étant donné que les propriétés psychométriques du questionnaire List of Important People in Your Life restent à être établies, la taille du réseau social des pairs a été entrée en dernier lieu. De façon plus

spécifique, ces variables ont été incluses dans la régression sous forme de quatre sous-étapes, en commençant par l'aspect qualitatif. La priorité a d'abord été accordée au niveau de support social perçu dans la relation avec le meilleur ami, suivi du niveau de satisfaction perçu dans cette même relation, du pourcentage de temps passé avec les pairs et de la taille du réseau social des pairs. Tel que convenu, la variable représentant l'appartenance au groupe ainsi que les variables reflétant les interactions entre le facteur groupe et chacune des quatre variables ayant trait aux relations avec les pairs ont été entrées dans la régression hiérarchique en deuxième et troisième étapes.

Un examen des valeurs manquantes et des postulats de base a été effectué au préalable. Les données de quatre sujets du groupe clinique n'ont pas pu être obtenues pour certaines des variables indépendantes à l'étude. Dans trois de ces cas, la présence de valeurs manquantes est due au fait que ces sujets avaient rapporté ne pas avoir de meilleur ami. L'examen des postulats de base a démontré que les quatre variables reliées aux relations avec les pairs ne respectaient pas le postulat de normalité univariée. En effet, trois d'entre elles avaient une distribution asymétrique et une autre, un cas extrême univarié. Afin de ne plus enfreindre ce postulat de normalité univariée, les transformations suivantes ont été effectuées, soit une transformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée dans le cas de la variable du support social, une transformation miroir suivie d'une transformation logarithmique dans le cas de la variable de satisfaction et une extraction de la racine carrée dans le cas de la taille du réseau social des pairs. La valeur extrême trouvée dans le cas de la variable représentant le pourcentage de temps passé avec les pairs a, pour sa part, été recodifiée en une valeur se situant à trois écarts-type de la moyenne. Une fois ces

transformations effectuées, les autres postulats de base ont été vérifiés. Aucun cas extrême multivarié n'a notamment été détecté en présence de ces transformations. Toutefois, comme en l'absence de ces transformations, plusieurs cas extrêmes multivariés ressortaient, il a été décidé d'effectuer toutes les régressions qui suivent uniquement avec ces variables transformées. Il sera donc important de tenir compte du fait que ces quatre variables ont été transformées lors de l'interprétation des résultats. Rappelons aussi que la variable dépendante concept de soi ne respectait pas le postulat de normalité univariée et a été transformée. Comme les résultats de la régression visant à prédire cette variable étaient différents avec et sans transformation, seuls les résultats obtenus en présence de la variable concept de soi transformée seront présentés.

Une première régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes émotifs chez l'adolescent. L'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre les variables décrivant les relations avec les pairs et l'appartenance au groupe n'était présente ($\underline{sr}^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(3,126) = .54$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la deuxième étape a indiqué que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif lui non plus ($\underline{sr}^2_{inc} = .03$; $F_{inc}(1,130) = 4.36$, $p > .0125$). Quant aux données de la première étape (au cours de laquelle les quatre variables reliées aux relations avec les pairs ont été entrées séparément), elles ont montré que la taille du réseau social des pairs ($\underline{sr}^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,131) = .00$, $p > .0125$), le pourcentage de temps passé avec les pairs ($\underline{sr}^2_{inc} = .04$; $F_{inc}(1,132) = 4.91$, $p > .0125$) ainsi que les niveaux de satisfaction ($\underline{sr}^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,133) = .78$, $p > .0125$) et de support social perçus dans la relation avec le meilleur ami ($\underline{sr}^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,134) = .24$, $p > .0125$) ne contribuaient aucunement à

prédire de façon significative la présence de problèmes émotifs. On peut donc conclure que, selon la perception des adolescents des deux groupes, aucun des facteurs reliés à l'aspect qualitatif et quantitatif des relations entretenues avec les pairs n'est associé à la présence de problèmes émotifs. Le tableau 11 illustre les corrélations obtenues entre la variable dépendante et les quatre variables principales de cette régression. Comme le montre ce tableau, une corrélation élevée ($r = .70$) est apparue entre deux de ces variables; on peut donc soupçonner la présence possible de multicollinéarité si l'on se base sur des critères plus sévères que ceux établis à ce sujet par Tabachnick et Fidell (1989).

Une seconde régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes comportementaux chez l'adolescent. Tout comme pour la première régression, l'examen de la troisième étape a indiqué qu'aucune interaction significative entre l'appartenance au groupe et les variables reliées aux perceptions des relations avec les pairs n'était présente ($\Delta R^2_{inc} = .04$; $F_{inc}(4,126) = 1.52$, $p > .0125$). Quant aux données de la seconde étape, elles ont montré que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif ($\Delta R^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,130) = .78$, $p > .0125$). Enfin, l'examen de la première étape a révélé que ni la taille du réseau social des pairs ($\Delta R^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,131) = .00$, $p > .0125$), ni le pourcentage de temps passé avec les pairs ($\Delta R^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,132) = .49$, $p > .0125$) ni les niveaux de satisfaction ($\Delta R^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,133) = .59$, $p > .0125$) et de support social perçus dans la relation avec le meilleur ami ($\Delta R^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(1,134) = 2.89$, $p > .0125$) ne contribuaient significativement à prédire la présence de problèmes comportementaux. Ces résultats permettent donc de conclure que, selon la perception des adolescents des deux groupes, aucun facteur lié aux relations avec leurs pairs ne prédit la présence de problèmes

Tableau 11

Corrélations de Pearson entre les problèmes émotifs et les facteurs reliés aux perceptions des relations avec les pairs (N = 136)

	2.	3.	4.	5.
1. Problèmes émotifs	-.04	.03	-.18	-.02
2. Niveau de support social perçu dans la relation avec le meilleur ami ^a		.70	-.17	-.12
3. Niveau de satisfaction perçu dans la relation avec le meilleur ami ^b			-.10	-.08
4. Pourcentage de temps passé avec les pairs ^c				.12
5. Taille du réseau social des pairs ^d				

Note. ^aTransformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée de cette variable du Network of Relationships Inventory. ^bTransformation miroir suivie d'une transformation logarithmique de cette variable du Network of Relationships Inventory. ^cRéduction à trois écarts-type d'une valeur extrême de cette variable de l'Experience Sampling Method. ^dExtraction de la racine carrée de cette variable du List of Important People in Your Life.

comportementaux. Tout comme dans le cas de la régression précédente, il n'a pas été jugé opportun de rapporter les paramètres de l'équation de régression obtenue à l'étape 1 puisque rien ne s'était avéré significatif. Le tableau 12 montre cependant les corrélations existant entre les quatre variables décrivant les relations avec les pairs et la variable problèmes comportementaux.

Une troisième régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire les compétences sociales de l'adolescent. L'examen de la troisième étape de cette régression a révélé qu'aucune interaction significative entre les variables décrivant les relations avec les pairs et l'appartenance au groupe n'était présente ($\underline{sr}^2_{inc} = .04$; $F_{inc}(4,123) = 1.55$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la deuxième étape a montré que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif lui non plus ($\underline{sr}^2_{inc} = .04$; $F_{inc}(1,127) = 6.17$, $p > .0125$). Quant à l'examen des résultats obtenus à la première étape, il a fait ressortir que le facteur taille du réseau social des pairs (entré en quatrième sous-étape) avait eu un effet significatif ($F_{inc}(1,128) = 18.29$, $p < .0125$) et contribuait à expliquer 12% de la variance totale des compétences sociales ($\underline{sr}^2_{inc} = .12$). L'examen qui a suivi des sous-étapes 3, 2 et 1 a montré par ailleurs, que le pourcentage de temps passé avec les pairs ($\underline{sr}^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(1,129) = 2.31$, $p > .0125$) de même que les niveaux de satisfaction ($\underline{sr}^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,130) = .09$, $p > .0125$) et de support social perçus dans la relation avec le meilleur ami ($\underline{sr}^2_{inc} = .03$; $F_{inc}(1,131) = 4.21$, $p > .0125$) ne prédisaient pas les compétences sociales de manière significative. Ces données permettent donc d'affirmer que seule la taille du réseau social des pairs contribue significativement à la régression. Par conséquent, il n'est

Tableau 12

Corrélations de Pearson entre les problèmes comportementaux et les facteurs reliés aux perceptions des relations avec les pairs (N = 136)

	2.	3.	4.	5.
1. Problèmes comportementaux	-.15	-.06	-.03	.12
2. Niveau de support social perçu dans la relation avec le meilleur ami ^a		.70	-.17	-.12
3. Niveau de satisfaction perçu dans la relation avec le meilleur ami ^b			-.10	-.08
4. Pourcentage de temps passé avec les pairs ^c				.12
5. Taille du réseau social des pairs ^d				

Note. ^aTransformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée de cette variable du Network of Relationships Inventory. ^bTransformation miroir suivie d'une transformation logarithmique de cette variable du Network of Relationships Inventory. ^cRéduction à trois écarts-type d'une valeur extrême de cette variable de l'Experience Sampling Method. ^dExtraction de la racine carrée de cette variable du List of Important People in Your Life.

pas justifié d'inclure les trois autres variables reliées aux relations avec les pairs dans l'équation du modèle obtenu à cette première grande étape. Une régression supplémentaire, incluant uniquement la taille du réseau social des pairs, a donc été effectuée afin d'obtenir les paramètres de l'équation finale de cette question de recherche. La variable taille du réseau social des pairs ayant subi une extraction de sa racine carrée, cette régression supplémentaire a aussi été effectuée sans transformation de cette variable. Les résultats avec et sans transformation étant similaires, seuls ceux obtenus sans transformation seront présentés. Cela a pour but de faciliter l'interprétation des données. Les principaux résultats de cette régression de même que les paramètres de l'équation obtenue pour ce modèle réduit se trouvent dans le tableau 13.

La valeur du coefficient β associé à la taille du réseau social des pairs étant positive, on peut conclure que plus le nombre de pairs inclus dans le réseau social augmente, plus les compétences sociales s'améliorent et ce, quel que soit l'appartenance au groupe.

Afin de s'assurer que ce modèle réduit incluant uniquement la variable taille du réseau social des pairs expliquait un pourcentage de la variance totale (R^2) non différent statistiquement du pourcentage de la variance totale expliqué lorsque les quatre facteurs reliés aux aspects quantitatif et qualitatif des relations avec les pairs étaient entrés dans la régression (R^2 de l'équation de la première étape = .17), une comparaison des valeurs R^2 de ces deux modèles a été effectuée. Dans le cadre de cette comparaison, la valeur $R^2 = .14$ du modèle réduit obtenu avec l'extraction de la racine carrée de la variable taille du réseau social des pairs a été employée puisque le modèle initial comportait cette variable transformée. Aucune différence significative n'est ressortie entre les pourcentages de la

Tableau 13

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant les compétences sociales à partir des facteurs reliés aux perceptions des relations avec les pairs (N = 133)

Variables (VI)	Compétences sociales (VD)	Taille du réseau social des pairs	<u>B</u>	<u>sr</u> ² (incremental)
Taille du réseau social des pairs ^a	.35		1.06	.12*
Intercept: 45.31				
<u>M</u>	50.79	5.18		
<u>ET</u>	9.80	3.25		
				R ² = .12
				R ² ajusté = .12
				R = .35*

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

*p < .0125.

variance totale des compétences sociales expliqués par ces deux modèles ($F_{inc}(3,128) = 1.29$, $p > .0125$). L'utilisation du modèle réduit afin de prédire les compétences sociales des adolescents est donc appropriée.

Une dernière régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire le concept de soi de l'adolescent. L'examen des résultats de la troisième étape a fait ressortir la présence d'une interaction significative entre l'appartenance au groupe et l'ensemble des variables décrivant les perceptions des relations avec les pairs ($F_{inc}(4,126) = 3.84$, $p < .0125$). En effet, 10% de la variance totale du concept de soi est attribuable à l'addition des quatre vecteurs d'interaction dans l'équation ($\Delta R^2_{inc} = .10$). Ces données permettent déjà de conclure que l'effet des variables reliées aux relations avec les pairs sur la variable dépendante à l'étude est différent chez les sujets du groupe clinique et du groupe de comparaison. C'est donc dire que les pentes des équations de régression ne sont pas parallèles et que leurs coefficients B varient d'un groupe à l'autre. Etant donné que cette question de recherche comporte quatre vecteurs d'interaction, il importait de trouver au niveau duquel (ou desquels) des quatre facteurs décrivant les relations avec les pairs se situait cet effet d'interaction. Pour le savoir, les résultats des tests t des vecteurs d'interaction obtenus lors de cette troisième étape ont été examinés. Seul le test t du vecteur d'interaction entre le pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe s'est avéré significatif une fois les variables des autres étapes entrées ($t(126) = -3.78$, $p < .0125$). Par conséquent, une régression supplémentaire a été entreprise dans le but de vérifier que, lorsqu'il était entré seul en une dernière étape, ce vecteur d'interaction avait toujours un effet

prédicteur sur le concept de soi. Afin de déterminer quelles autres variables devaient être incluses dans la cadre de cette régression supplémentaire, un examen des résultats obtenus à la première et la deuxième étapes a été effectué. Cet examen a révélé que, hormis le vecteur d'interaction entre le pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe, aucune des variables incluses dans les étapes précédentes de la régression n'avait fourni un apport significatif ($p > .0125$). Seuls les facteurs reliés à ce vecteur d'interaction ont donc été entrés dans la régression supplémentaire. Le facteur pourcentage de temps passé avec les pairs a d'abord été entré en une première étape, suivi du facteur groupe, puis de leur interaction. Comme la variable dépendante en jeu (concept de soi) avait subi une transformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée, cette régression a aussi été effectuée sans transformation du concept de soi. Mais étant donné que les résultats obtenus sans transformation étaient différents (résultat de la première étape non significatif) de ceux incluant cette transformation, seuls les résultats du modèle réduit prédisant la variable transformée du concept de soi seront présentés. Les paramètres de l'équation finale obtenue avec ce modèle réduit se trouvent dans le tableau 14.

Afin de décrire de quelle manière le pourcentage de temps passé avec les pairs prédit le concept de soi dans chacun des deux groupes de sujets, les procédures suivantes ont été appliquées. Dans un premier temps, les valeurs correspondantes au vecteur groupe ($E=1$, $E=-1$) ont été substituées dans l'équation du tableau 14. Puis les valeurs du concept de soi transformé ont été calculées lorsque tour à tour, la moyenne de la variable pourcentage de temps passé avec les pairs et les scores représentant plus ou moins un écart-type de la moyenne de cette même variable ont été incorporés dans l'équation. Trois valeurs du

Tableau 14

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant le concept de soi à partir des variables reliées aux perceptions des relations avec les pairs (N = 136)

Variables (VI)	Concept de soi* (VD)	1. Pourcentage de temps passé avec les pairs	2. Groupe	3. Interaction	B	sr ² (incremental)
1. Pourcentage de temps passé avec les pairs	-.22				-.02	.05*
2. Groupe (E)	.27	-.25			.82	.05*
3. Interaction pourcentage de temps passé avec les pairs X E					-.03	.09*
					Intercept: 4.12	
<u>M</u>	3.81	24.14	-.03			R ² = .18
<u>ET</u>	1.04	13.02	1.00			R ² ajusté = .16
						R = .43*

Note. *Transformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée de la variable concept de soi.

Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

*p < .0125.

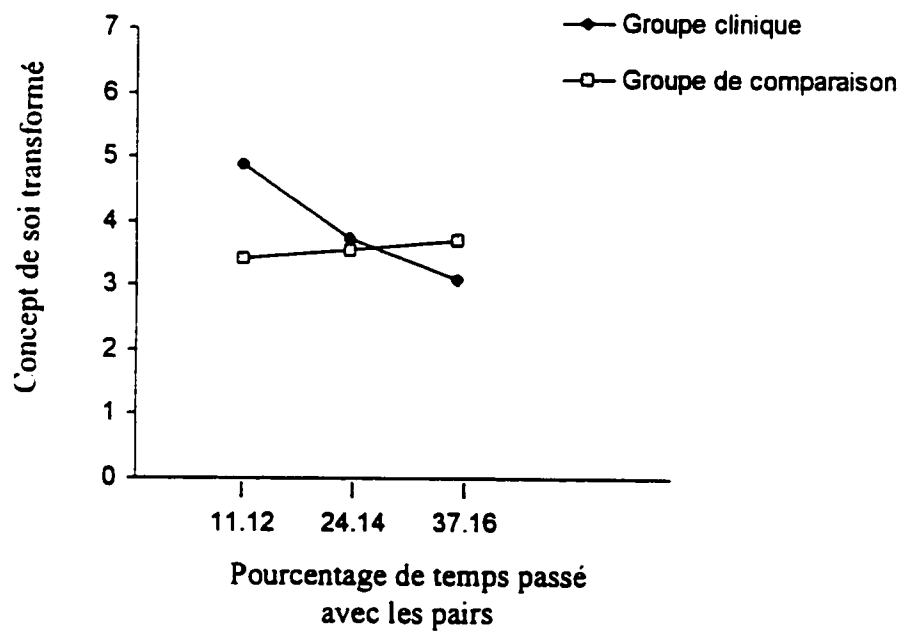
concept de soi transformé ont ainsi été obtenues dans chacun des deux groupes de sujets. La figure 7 illustre ces résultats ainsi que l'effet d'interaction obtenu entre le pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe.

Etant donné qu'une transformation miroir a été effectuée sur la variable concept de soi, les scores de cette figure doivent être interprétés en tenant compte de cette transformation. Par exemple, un haut score obtenu à la variable transformée équivaut à un bas score lorsque le concept de soi est intact. A la lecture de cette figure, on constate que dans le groupe clinique, plus le pourcentage de temps passé avec les pairs augmente, plus le concept de soi est élevé. Au contraire, dans le cas du groupe de comparaison, lorsque le pourcentage de temps passé avec les pairs s'élève, le concept de soi diminue.

Afin de s'assurer que l'emploi de ce modèle réduit était approprié, une comparaison des pourcentages de la variance totale (R^2) expliqués par ce modèle réduit ($R^2 = .18$) de même que par le modèle employé initialement ($R^2 = .20$ quand toutes les variables prédictrices et leurs interactions sont incluses) a été entreprise. Aucune différence significative n'est apparue ($F_{inc}(6,126) = .52, p > .0125$). L'emploi du modèle réduit comportant le pourcentage de temps passé avec les pairs, l'appartenance au groupe et l'interaction entre ces deux variables est donc justifié.

En résumé, l'ensemble des résultats de la question de recherche 2a démontre que les facteurs reliés à la perception qu'a l'adolescent de ses relations avec ses pairs ne prédisent que deux des quatre variables dépendantes reflétant le fonctionnement psychosocial de l'adolescent. En effet, la taille du réseau social des pairs prédit de façon significative les

Figure 7. Résultats à l'échelle transformée du concept de soi global en fonction du groupe et du pourcentage de temps passé avec les pairs



compétences sociales chez les deux groupes de sujets. L'interaction entre le pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe contribue pour sa part à expliquer un certain pourcentage de la variance totale du concept de soi. Cependant, aucun des facteurs à l'étude ne prédit la présence de problèmes émotifs et comportementaux selon le rapport des adolescents des deux groupes.

Question de recherche 2b. La question de recherche 2b visait à déterminer si des facteurs reliés à la dynamique familiale avaient un effet significatif sur la perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial.

Six variables mesurant divers aspects des relations familiales ont été choisies à titre de variables indépendantes et entrées dans la régression lors de la première grande étape. Il s'agit des cinq échelles du FES remplies par l'adolescent et du pourcentage de temps passé avec la famille (ESM). La sélection de ces variables spécifiques visait à couvrir à la fois l'aspect qualitatif et quantitatif des relations entretenues par l'adolescent avec sa famille. L'accent a été mis surtout sur l'aspect qualitatif à cause des résultats significatifs qui étaient ressortis concernant cet aspect lors des études précédentes. De plus, le nombre de sujets de la présente recherche étant limité, il a été jugé prudent de restreindre le nombre de variables indépendantes à inclure dans les régressions. C'est pourquoi une seule variable a été sélectionnée afin de représenter l'aspect quantitatif. A la lumière du recensement des écrits, les cinq échelles du FES ont été entrées lors d'une première sous-étape. Aucune priorité n'a été accordée à l'une de ces échelles puisque que les diverses recherches montraient que selon le contexte spécifique de l'étude, l'une ou l'autre des dimensions mesurées par ces échelles

pouvait être reliée au fonctionnement psychosocial. Le pourcentage de temps passé en famille a ensuite été inclus lors d'une seconde sous-étape. Puis, tel que convenu, la variable représentant l'appartenance au groupe ainsi que les variables reflétant les interactions entre le facteur groupe et chacun des six prédicteurs familiaux ont été entrées dans la régression hiérarchique en deuxième et troisième étapes.

Un examen des postulats de base a été effectué au préalable. Il a révélé que les données de l'échelle de cohésion ne respectaient pas le postulat de normalité univariée. Une transformation miroir suivie d'une extraction de la racine carrée de cette variable a été effectuée. Puis les autres postulats ont été vérifiés une fois cette échelle transformée. En ce qui concerne les variables dépendantes, il est important de rappeler que la variable concept de soi a été transformée. Comme les résultats de la régression visant à prédire cette variable étaient différents en présence et en l'absence de transformation, seuls les résultats obtenus en présence de la variable concept de soi transformée seront présentés.

Une première régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes émotifs chez l'adolescent. L'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre les variables familiales et l'appartenance au groupe n'était présente ($\Delta R^2_{\text{inc}} = .04$; $F_{\text{inc}}(6,126) = .93$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la seconde étape a montré, pour sa part, que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif lui non plus ($\Delta R^2_{\text{inc}} = .02$; $F_{\text{inc}}(1,132) = 2.80$, $p > .0125$). Les variables de la première étape ayant été entrées dans l'équation sous forme de deux sous-étapes, un examen de la deuxième sous-étape a d'abord été effectué. Il a révélé que lorsqu'elle était entrée après les cinq

échelles du FES, la variable pourcentage de temps passé avec la famille ne contribuait pas significativement à prédire la présence de problèmes émotifs ($sr^2_{\text{mc}} = .01$; $F_{\text{mc}}(1,133) = 1.12$, $p > .0125$). Par contre, l'examen de la première sous-étape a indiqué que les cinq échelles du FES avaient eu un effet significatif ($F_{\text{mc}}(5,134) = 3.35$, $p < .0125$) et contribuaient ensemble à expliquer 11% de la variance totale des problèmes émotifs ($sr^2_{\text{mc}} = .11$). Afin de savoir spécifiquement laquelle ou lesquelles de ces cinq variables prédisai(en)t la présence de problèmes émotifs, les résultats des tests t obtenus lors de cette première sous-étape ont été examinés. Aucun de ces tests t ne s'est avéré significatif ($p > .0125$). Toutefois, des résultats marginaux sont apparus au niveau de la variable cohésion transformée ($t(134) = 2.25$, $p = .026$) et de la variable indépendance ($t(134) = -2.09$, $p = .039$). C'est pourquoi une régression supplémentaire incluant uniquement ces deux variables a été entreprise dans le but de voir si prises ensemble, ces deux variables contribuaient significativement à expliquer un pourcentage de la variance totale semblable à celui expliqué par l'ensemble des cinq échelles. La variable cohésion ayant subi une transformation miroir suivie d'une extraction de sa racine carrée, cette régression supplémentaire a aussi été effectuée sans transformation de cette variable. Les résultats avec et sans transformation étant similaires, seuls ceux obtenus sans transformation seront présentés afin d'en faciliter l'interprétation. Les principaux résultats de cette régression de même que les paramètres de l'équation obtenue pour ce modèle réduit se trouvent dans le tableau 15.

La valeur des coefficients B associés aux niveaux de cohésion et d'indépendance familiales étant négative, on peut conclure que plus les niveaux de cohésion et d'indépendance familiales sont élevés, moins les adolescents rapportent éprouver des

Tableau 15

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant la présence de problèmes émotifs à partir des facteurs familiaux (N = 140)

Variables (VI)	Problèmes émotifs (VD)	Cohésion familiale	Indépendance familiale	B	sr ² (incremental)
Niveau de cohésion familiale	-.23			-.13	
Niveau d'indépendance familiale	-.23	.19		-.14	.09*
Intercept: 63.22					
<u>M</u>	50.11	52.54	45.96		
<u>ET</u>	9.12	14.05	12.26		
					R ² = .09
					R ² ajusté = .07
					R = .30*

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

*p < .0125.

problèmes émotifs et ce, quel que soit leur groupe d'appartenance.

Afin de s'assurer que ce modèle réduit expliquait un pourcentage de la variance totale (R^2) non différent statistiquement du pourcentage de la variance totale expliqué lorsque les cinq échelles du FES étaient entrées dans la régression (R^2 de l'équation de la première sous-étape = .11), une comparaison des valeurs R^2 de ces deux modèles a été effectuée. Dans le cadre de cette comparaison, la valeur $R^2 = .10$ du modèle réduit obtenu avec la transformation de la variable cohésion a été employée puisque le modèle initial comportait cette variable transformée. Aucune différence significative n'est ressortie entre les pourcentages de la variance totale des problèmes émotifs expliqués par ces deux modèles ($F_{inc}(3,134) = .79, p > .0125$). L'utilisation du modèle réduit incluant uniquement les variables cohésion et indépendance est donc appropriée.

Une seconde régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes comportementaux chez l'adolescent. Tout comme pour la première régression, l'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre l'appartenance au groupe et les variables familiales n'était présente ($\Delta R^2_{inc} = .06; F_{inc}(6,126) = 1.61, p > .0125$). Quant aux données de la deuxième étape, elles ont montré que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif ($\Delta R^2_{inc} = .01; F_{inc}(1,132) = 2.31, p > .0125$). Un examen des résultats obtenus à la première étape a indiqué que la variable pourcentage de temps passé en famille (deuxième sous-étape) ne fournissait pas un apport significatif ($\Delta R^2_{inc} = .01; F_{inc}(1,133) = 1.51, p > .0125$) mais que les cinq échelles du FES (première sous-étape) contribuaient ensemble à expliquer 16% de la variance totale des

problèmes comportementaux ($sr^2_{mc} = .16$; $F_{mc}(5,134) = 5.02$, $p < .0125$). Afin de savoir spécifiquement laquelle ou lesquelles de ces cinq variables prédisai(en)t la présence de problèmes comportementaux, les résultats des tests t obtenus lors de la première sous-étape ont été examinés. Seuls les tests t de la variable évaluant le niveau de contrôle familial ($t(134) = 2.77$, $p < .0125$) et de la variable transformée mesurant le niveau de cohésion ($t(134) = 2.54$, $p < .0125$) se sont avérés significatifs. C'est pourquoi une régression supplémentaire incluant uniquement ces deux variables a été entreprise. Comme la variable cohésion avait été transformée, cette régression supplémentaire a aussi été effectuée sans transformation. Les résultats avec et sans transformation étant semblables, seuls ceux obtenus sans transformation seront présentés. Les principaux résultats de cette régression de même que les paramètres de l'équation obtenue pour ce modèle réduit se trouvent dans le tableau 16.

A partir des valeurs des coefficients B associés aux niveaux de cohésion et de contrôle familiaux, on peut conclure que lorsque d'une part, le niveau de cohésion augmente et que, d'autre part, le niveau de contrôle diminue, les adolescents rapportent éprouver moins de problèmes comportementaux.

Afin de s'assurer que ce modèle réduit expliquait un pourcentage de la variance totale (R^2) non différent statistiquement du pourcentage de la variance totale expliqué lorsque les cinq échelles du FES étaient entrées dans la régression (R^2 de l'équation de la première sous-étape = .16), une comparaison des valeurs R^2 de ces deux modèles a été effectuée. Dans le cadre de cette comparaison, la valeur $R^2 = .13$ du modèle réduit obtenu avec la transformation de la variable cohésion a été employée puisque le modèle initial comportait

Tableau 16

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant la présence de problèmes comportementaux à partir des facteurs familiaux (N = 140)

Variables (VI)	Problèmes comportementaux (VD)	Cohésion familiale	Contrôle familial	B	sr ² (incremental)
Niveau de cohésion familiale	-.31			-.16	
Niveau de contrôle familial	.27	-.36		.15	.12*
				Intercept: 50.07	
<u>M</u>	49.22	52.54	52.64		
<u>ET</u>	9.42	14.05	11.55		
					R ² = .12 R ² ajusté = .11 R = .35*

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

*p < .0125.

cette variable transformée. Aucune différence significative n'est ressortie entre les pourcentages de la variance totale des problèmes comportementaux expliqués par ces deux modèles ($F_{inc}(3,134) = 1.55, p > .0125$). L'emploi du modèle réduit incluant uniquement les variables cohésion et contrôle est donc justifié.

Une troisième régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire les compétences sociales de l'adolescent. L'examen de la troisième étape de cette régression a révélé qu'aucune interaction significative entre les variables familiales et l'appartenance au groupe n'était présente ($sr^2_{inc} = .04; F_{inc}(6,122) = .95, p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la seconde étape a fait ressortir que l'appartenance au groupe contribuait de façon significative à la régression ($F_{inc}(1,128) = 12.30, p < .0125$). En effet, 8% de la variance totale des compétences sociales est attribuable à l'addition du vecteur groupe dans l'équation ($sr^2_{inc} = .08$). On peut donc conclure que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont différents. La valeur de ces intercepts et des coefficients B pour chacun des groupes peut être calculée à partir de l'équation du modèle obtenu lors de cette seconde étape. Toutefois, il importe d'établir auparavant si, outre l'appartenance au groupe, certains des facteurs familiaux inclus précédemment dans la régression ont aussi fourni un apport significatif. Un examen des résultats obtenus à la première étape a révélé que ni le pourcentage de temps passé avec la famille ($sr^2_{inc} = .04; F_{inc}(1,129) = 5.59, p > .0125$), ni les cinq échelles du FES ($sr^2_{inc} = .06; F_{inc}(5,130) = 1.63, p > .0125$) ne prédisaient les compétences sociales de manière significative. Ces résultats permettent donc d'affirmer que seul l'appartenance au groupe contribue significativement à la régression et que, par

conséquent, l'inclusion des prédicteurs familiaux dans l'équation du modèle obtenu à la deuxième étape n'est pas justifiée. Une régression supplémentaire incluant uniquement le vecteur groupe (E) a donc été effectuée afin de déterminer lequel des deux groupes de sujets obtenait un résultat plus élevé à l'échelle de compétences sociales. La substitution du vecteur E par les valeurs E correspondant aux deux groupes à l'étude a révélé que les sujets du groupe de comparaison obtenaient des résultats plus élevés à l'échelle de compétences sociales que ceux du groupe clinique (53.47 vs 47.05). Ces résultats ne font que confirmer les résultats obtenus à l'hypothèse 1c. C'est pourquoi il n'a pas été jugé utile de présenter les paramètres de cette équation. Somme toute, selon la perception des adolescents des deux groupes, aucun des facteurs familiaux ne prédit de façon significative les compétences sociales.

Une dernière régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire le concept de soi de l'adolescent. L'examen de la troisième étape de cette régression a révélé qu'aucune interaction significative entre les variables familiales et l'appartenance au groupe n'était présente ($sr^2_{inc} = .07$; $F_{inc}(6,125) = 2.29$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la seconde étape a montré par ailleurs que l'appartenance au groupe contribuait de façon significative à la régression ($F_{inc}(1,131) = 10.29$, $p < .0125$). En effet, 5% de la variance totale du concept de soi est attribuable à l'addition du vecteur groupe dans l'équation ($sr^2_{inc} = .05$). On peut donc conclure que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont différents. La valeur de ces intercepts et des coefficients β pour chacun des groupes peut être calculée à partir de l'équation du modèle obtenu lors de cette seconde

étape. Toutefois, il importe d'établir auparavant si, outre l'appartenance au groupe, certains des facteurs familiaux inclus précédemment dans la régression ont aussi fourni un apport significatif. Un examen des résultats obtenus à la première étape a révélé que la variable pourcentage de temps passé en famille (deuxième sous-étape) ne fournissait pas un apport significatif ($\Delta R^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,132) = 1.17$, $p > .0125$) mais que les cinq échelles du FES (première sous-étape) contribuaient ensemble à expliquer un autre 26% de la variance totale du concept de soi ($\Delta R^2_{inc} = .26$; $F_{inc}(5,133) = 9.11$, $p < .0125$). Ces données permettent donc d'affirmer que les cinq échelles du FES ainsi que l'appartenance au groupe contribuent significativement à la régression. Par conséquent, l'inclusion de la variable pourcentage de temps passé avec la famille dans l'équation du modèle obtenu à la deuxième étape n'est pas justifiée. Dans le but de déterminer si l'une ou l'autre des cinq échelles du FES prédisait plus particulièrement le concept de soi, les résultats des tests t obtenus lors de la première sous-étape ont été examinés. Seul le test t de la variable évaluant le niveau d'organisation au sein de la famille ($t(133) = -2.60$, $p < .0125$) s'est avéré significatif. Ces résultats laissent donc supposer que le niveau d'organisation familiale et l'appartenance au groupe contribuent tous deux à prédire le concept de soi de manière significative. Une première régression supplémentaire, incluant uniquement les vecteurs organisation et groupe, a donc été effectuée afin de vérifier si c'était le cas. Bien que les résultats de cette régression aient révélé qu'ensemble, le niveau d'organisation et l'appartenance au groupe expliquaient de façon significative 15% de la variance totale du concept de soi ($R^2 = .15$), ce pourcentage s'est avéré significativement différent du pourcentage de la variance expliqué lorsque les cinq variables du FES et le vecteur groupe étaient inclus dans la régression ($R^2 = .31$)

($F_{inc}(4,132) = 8.11, p < .0125$). C'est pourquoi l'emploi de ce modèle réduit a dû être rejeté et que les résultats de l'équation alors obtenue ne sont pas présentés. Un examen des tests t de la première sous-étape a à nouveau été effectué afin de voir si, hormis le niveau d'organisation familiale, d'autres échelles du FES pouvaient contribuer au pourcentage de la variance totale obtenu lorsque les cinq échelles du FES et le facteur groupe étaient entrés dans la régression. Cet examen a fait ressortir que le test t de la variable mesurant le niveau d'expression familiale était marginal ($t(133) = -2.52, p = .0128$). Il s'avèrait alors possible de croire que combinés ensemble, les niveaux d'organisation et d'expression familiales de même que le facteur groupe pouvaient expliquer un pourcentage de la variance totale du concept de soi similaire à celui expliqué par l'inclusion des cinq échelles du FES et du facteur groupe. Une seconde régression supplémentaire a alors été effectuée avec les variables organisation, expression et groupe. Les résultats de cette régression supplémentaire ont révélé que ces trois variables expliquaient de façon significative un pourcentage de la variance totale du concept de soi ($R^2 = .26$) non différent statistiquement de celui expliqué par l'inclusion des cinq échelles du FES et du facteur groupe ($R^2 = .31$) ($F_{inc}(3,132) = 3.51, p > .0125$). C'est donc dire que l'utilisation de ce modèle réduit afin de prédire le concept de soi est approprié. Comme la variable concept de soi avait subi une transformation miroir suivie d'une extraction de sa racine carrée, cette régression supplémentaire a aussi été effectuée sans transformation du concept de soi. Les résultats obtenus étant similaires, seuls sont présentés dans le tableau 17 les paramètres du modèle réduit prédisant le concept de soi non transformé.

La valeur des coefficients B associés aux niveaux d'expression et d'organisation étant

Tableau 17

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant le concept de soi à partir des facteurs familiaux (N = 139)

Variables (VI)	Concept de soi (VD)	Expression familiale	Organisation familiale	Groupe (E)	B	ΔR^2 (incremental)
Niveau d'expression familiale	.31				.23	
Niveau d'organisation familiale	.26	.01			.18	.16*
Groupe (E)	-.32	.07	-.02		-2.80	.11*
Intercept: 36.93						
<u>M</u>	56.17	42.05	53.77	-.01		
<u>ET</u>	8.30	11.73	11.72	1.00		
						$R^2 = .27$
						$R^2 \text{ ajusté} = .26$
						$R = .52^*$

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

* $p < .0125$.

positive, on peut conclure que plus les niveaux d'expression et d'organisation familiales augmentent, plus le concept de soi est élevé. Quant à l'influence de l'appartenance au groupe, la substitution dans cette équation du vecteur E par les valeurs E correspondant aux deux groupes à l'étude ($E=1$ et $E=-1$) a révélé que les sujets du groupe de comparaison obtenaient des résultats plus élevés à l'échelle de concept de soi global (intercept égal à 39.73) que ceux du groupe clinique (intercept égal à 34.13).

En résumé, l'ensemble des résultats de la question de recherche 2b démontre que la contribution des facteurs familiaux dans la prédiction du fonctionnement psychosocial de l'adolescent fluctue en fonction de la variable dépendante mesurée. En effet, selon la perception des adolescents des deux groupes, les niveaux de cohésion et d'indépendance familiales contribuent de façon significative à expliquer la présence de problèmes émotifs. Les niveaux de cohésion et de contrôle au sein de la famille prédisent pour leur part la présence de problèmes comportementaux chez les deux groupes de sujets. L'appartenance au groupe de même que les niveaux d'expression et d'organisation familiales contribuent quant à eux à expliquer la variance totale du concept de soi. Quant aux compétences sociales, seul le facteur groupe prédit un certain pourcentage de sa variance.

Prédiction du fonctionnement psychosocial à partir de facteurs médicaux (question de recherche 3)

La question de recherche 3 avait pour but de déterminer si des facteurs médicaux reliés à l'état de santé général de l'adolescent de même qu'à l'épilepsie et à son traitement

avaient un effet significatif sur son fonctionnement psychosocial.

Cette question de recherche visait dans un premier temps, à vérifier si des facteurs médicaux reliés à l'état de santé général de l'adolescent avaient un effet significatif sur son fonctionnement psychosocial, quel que soit son groupe d'appartenance. Une seule variable médicale commune aux deux groupes de sujets a été choisie dans le cadre de ces régressions. Il s'agit du nombre moyen de jours d'absence scolaire par mois, selon la perception de l'adolescent. Les autres variables médicales communes aux deux groupes, telles que l'assiduité aux rendez-vous médicaux ou la présence de restrictions dans les activités quotidiennes, ont été exclues car les réponses données à ces questions étaient uniformes ou variaient très peu d'un sujet à l'autre. La variable reflétant l'absentéisme scolaire a donc été entrée dans les régressions lors d'une première grande étape. Puis, le facteur groupe et la variable représentant l'interaction entre ce facteur et l'absentéisme scolaire ont été entrés en deuxième et troisième étapes.

Un examen des postulats de base a été effectué au préalable. Il a démontré que la distribution de la variable reflétant l'absentéisme scolaire était à la fois asymétrique et leptokurtique et contenait trois cas extrêmes univariés. Une extraction de la racine carrée de cette variable a été effectuée afin de respecter le postulat de normalité univariée. Puis, les autres postulats ont été vérifiés. Aucun cas extrême multivarié n'a été détecté en présence de cette transformation. Comme en l'absence de cette transformation, des cas extrêmes multivariés ressortaient, il a été décidé d'effectuer toutes les régressions qui suivent uniquement avec cette variable transformée. Rappelons aussi que la variable dépendante concept de soi a également été transformée. Cependant, comme les résultats de la régression

avec et sans cette transformation étaient semblables, seuls les résultats obtenus sans transformation du concept de soi seront présentés.

Une première régression a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes émotifs chez l'adolescent. L'examen de la troisième étape de cette régression a révélé qu'aucune interaction significative entre l'absentéisme scolaire et l'appartenance au groupe n'était présente ($\underline{sr}^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,136) = .35$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la seconde étape a fait ressortir que l'appartenance au groupe contribuait de façon significative à la régression ($F_{inc}(1,137) = 6.44$, $p < .0125$). En effet, 4% de la variance totale des problèmes émotifs est attribuable à l'addition du vecteur groupe dans l'équation ($\underline{sr}^2_{inc} = .04$). On peut donc conclure que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont différents. La valeur de ces intercepts et des coefficients B pour chacun des groupes peut être calculée à partir de l'équation du modèle obtenu lors de cette seconde étape. Toutefois, il importe d'établir auparavant si, outre l'appartenance au groupe, la variable absentéisme scolaire, incluse précédemment, a aussi fourni un apport significatif. Un examen des résultats obtenus à la première étape a révélé que cette variable ne prédisait pas la présence de problèmes émotifs de manière significative ($\underline{sr}^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(1,138) = 2.15$, $p > .0125$). Ces résultats permettent donc d'affirmer que seul l'appartenance au groupe contribue significativement à la régression et que, par conséquent, l'inclusion de la variable absentéisme scolaire dans l'équation du modèle obtenu à la deuxième étape n'est pas justifiée. Une régression supplémentaire incluant uniquement le vecteur groupe (E) a donc été effectuée afin de déterminer lequel des deux groupes de sujets

obtenait un résultat plus élevé à l'échelle de problèmes émotifs. La substitution du vecteur E par les valeurs E correspondant aux deux groupes à l'étude a révélé que les sujets du groupe clinique obtenaient des résultats plus élevés à l'échelle de problèmes émotifs que ceux du groupe de comparaison (52.15 vs 48.07). Ces résultats ne font que confirmer les résultats obtenus à l'hypothèse 1b. C'est pourquoi il n'a pas été jugé utile de présenter les paramètres de cette équation. Somme toute, selon la perception des adolescents des deux groupes, l'absentéisme scolaire ne prédit pas de façon significative la présence de problèmes émotifs.

Une seconde régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes comportementaux chez l'adolescent. Tout comme pour la première régression, l'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre l'absentéisme scolaire et l'appartenance au groupe n'était présente ($\Delta R^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,136) = 1.45$, $p > .0125$). Quant aux données de la deuxième étape, elles ont montré que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif lui non plus ($\Delta R^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,137) = 1.43$, $p > .0125$). Enfin, l'examen de la première étape a indiqué que l'absentéisme scolaire ne contribuait pas significativement à la régression ($\Delta R^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,138) = .90$, $p > .0125$). Ces résultats permettent donc de conclure que, selon la perception des adolescents des deux groupes, l'absentéisme scolaire ne prédit pas la présence de problèmes comportementaux. Il n'a donc pas été jugé opportun de rapporter les paramètres de l'équation de cette régression puisque rien ne s'était avéré significatif. Mentionnons simplement que la corrélation entre la variable dépendante problèmes comportementaux et la variable transformée absentéisme scolaire était peu élevée, soit $r = .08$.

Une troisième régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire les compétences sociales de l'adolescent. L'examen de la troisième étape de cette régression a révélé qu'aucune interaction significative entre l'absentéisme scolaire et l'appartenance au groupe n'était présente ($\Delta R^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,132) = .01$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la seconde étape a fait ressortir que l'appartenance au groupe contribuait de façon significative à la régression ($F_{inc}(1,133) = 15.14$, $p < .0125$). En effet, 10% de la variance totale des compétences sociales est attribuable à l'addition du vecteur groupe dans l'équation ($\Delta R^2_{inc} = .10$). On peut donc conclure que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont différents. La valeur de ces intercepts et des coefficients B pour chacun des groupes peut être calculée à partir de l'équation du modèle obtenu lors de cette seconde étape. Toutefois, il importe d'établir auparavant si, outre l'appartenance au groupe, la variable absentéisme scolaire, incluse précédemment, a aussi fourni un apport significatif. Un examen des résultats obtenus à la première étape a révélé que cette variable ne prédisait pas les compétences sociales de manière significative ($\Delta R^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,134) = .04$, $p > .0125$). Ces résultats permettent donc d'affirmer que seul l'appartenance au groupe contribue significativement à la régression et que, par conséquent, l'inclusion de la variable absentéisme scolaire dans l'équation du modèle obtenu à la deuxième étape n'est pas justifiée. Une régression incluant uniquement le vecteur groupe (E) a déjà été effectuée dans le cadre de la question de recherche 2b afin de déterminer lequel des deux groupes de sujets obtenait un résultat plus élevé à l'échelle de compétences sociales. Il n'a donc pas été jugé utile de présenter à nouveau les résultats de cette régression. Somme toute, on peut conclure que, selon la perception des adolescents des deux groupes, l'absentéisme scolaire ne prédit

pas de façon significative les compétences sociales.

Une dernière régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire le concept de soi de l'adolescent. L'examen de la troisième étape de cette régression a révélé qu'aucune interaction significative entre l'absentéisme scolaire et l'appartenance au groupe n'était présente ($\Delta R^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,135) = .20$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la seconde étape a montré par ailleurs que l'appartenance au groupe contribuait de façon significative à la régression ($F_{inc}(1,136) = 13.72$, $p < .0125$). En effet, 9% de la variance totale du concept de soi est attribuable à l'addition du vecteur groupe dans l'équation ($\Delta R^2_{inc} = .09$). On peut donc conclure que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont différents. La valeur de ces intercepts et des coefficients B pour chacun des groupes peut être calculée à partir de l'équation du modèle obtenu lors de cette seconde étape. Toutefois, il importe d'établir auparavant si, outre l'appartenance au groupe, la variable absentéisme scolaire, incluse précédemment dans la régression, a aussi fourni un apport significatif. Un examen des résultats obtenus à la première étape a révélé que cette variable contribuait à expliquer un autre 7% de la variance totale du concept de soi ($\Delta R^2_{inc} = .07$; $F_{inc}(1,137) = 11.03$, $p < .0125$). Ces données permettent donc d'affirmer que l'absentéisme scolaire ainsi que l'appartenance au groupe contribuent significativement à la régression. Le tableau 18 résume les principaux résultats de cette régression de même que les paramètres de l'équation obtenue.

La valeur du coefficients B associé à l'absentéisme scolaire étant négative, on peut conclure que lorsque le nombre de jours d'absence par mois augmente, le concept de soi

Tableau 18

Résumé de la régression hiérarchique prédisant le concept de soi à partir des facteurs médicaux communs aux deux groupes de sujets (N = 139)

Variables (VI)	Concept de soi (VD)	Absentéisme scolaire	Groupe (E)	B	sr ² (incremental)
Absentéisme scolaire*	-.27			-2.82	.07*
Groupe (E)	-.32	.11		-2.42	.09*
Intercept: 58.66					
<u>M</u>	56.17	.89	-.01		
<u>ET</u>	8.30	.71	1.00		
					R ² = .16
					R ² ajusté = .15
					R = .40*

Note. *Extraction de la racine carrée de la variable absentéisme scolaire (nombre moyen de jours d'absence par mois).

Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

*p < .0125.

diminue. Quant à l'influence de l'appartenance au groupe, la substitution dans cette équation du vecteur E par les valeurs E correspondant aux deux groupes à l'étude ($E=1$ et $E=-1$) a révélé que les sujets du groupe de comparaison obtenaient des résultats plus élevés à l'échelle de concept de soi global (intercept égal à 61.08) que ceux du groupe clinique (intercept égal à 56.24).

La question de recherche 3 visait, dans un second temps, à déterminer si des facteurs médicaux reliés spécifiquement à l'épilepsie et à son traitement avaient un effet significatif sur le fonctionnement psychosocial des adolescents du groupe clinique. Des régressions multiples ont été effectuées à partir des données médicales spécifiques à ce groupe de sujets.

Trois variables ont été choisies à titre de variables indépendantes et entrées dans les régressions multiples de manière hiérarchique. Il s'agit de l'échelle de gravité de l'épilepsie développée pour les fins de la présente étude, de la variable reflétant l'âge de l'adolescent lors de l'apparition de l'épilepsie et de la variable indiquant si oui ou non l'adolescent avait déjà eu une crise d'épilepsie en public. Tel que mentionné dans la section Méthode, l'échelle de gravité de l'épilepsie permet de regrouper les sujets en trois catégories décrivant la gravité de leurs symptômes au cours de l'année précédant la collecte de données (Austin et al., 1996). A titre d'information, 28.6% des sujets de la présente recherche se trouvaient dans la première catégorie qualifiée par Austin et al. (1996) d'"épilepsie inactive" (absence de crises épileptiques et de prise de médicaments anticonvulsivants depuis un an). Plus de la majorité des sujets, soit 58.5%, se trouvaient dans la seconde catégorie (prise de médicaments afin de

contrôler les crises et/ou présence de crises peu fréquentes) et 12.9% dans la troisième, qui elle inclut les sujets dont la condition de santé peut être qualifiée de grave (crises fréquentes et non contrôlées par les médicaments).

La sélection et l'ordre d'entrée des trois variables médicales utilisées pour les régressions a été déterminée à la lumière des recherches portant sur l'épilepsie. Etant donné que l'échelle de gravité englobait plusieurs variables médicales, elle a été entrée en premier dans la régression. Puis ont suivi en seconde et troisième étapes l'âge d'apparition des premières crises d'épilepsie et la variable reflétant la présence de crises en public.

Un examen des valeurs manquantes et des postulats de base a été effectué au préalable. Aucun postulat n'a été enfreint en ce qui concerne les variables médicales. Comme le concept de soi avait dû être transformé, la régression visant à prédire cette variable dépendante a été effectuée avec et sans transformation. Les résultats obtenus dans les deux cas étant similaires, seuls seront rapportés les résultats des régressions effectuées sans transformation.

Une première régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes émotifs chez les adolescents du groupe clinique. A chacune des étapes de la régression, la corrélation multiple (R) est apparue comme n'étant pas significativement différente de zéro. En fait, l'examen de la troisième étape a révélé qu'une fois toutes entrées dans la régression, les variables médicales ne contribuaient pas de façon significative à prédire la présence de problèmes émotifs chez les adolescents du groupe clinique ($R = .15$; $F(3,66) = .54$, $p > .0125$). L'examen des valeurs F_{inc} de chaque étape a indiqué que ni

l'échelle de gravité ($\underline{sr}^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(1,68) = 1.09$, $p > .0125$), ni l'âge d'apparition des crises ($\underline{sr}^2_{inc} = .00$; $F_{inc}(1,67) = .00$, $p > .0125$), ni la présence de crises épileptiques en public ($\underline{sr}^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,66) = .54$, $p > .0125$) ne fournissaient un apport significatif. Etant donné l'absence de tout résultat significatif, il n'a pas été jugé utile de rapporter les paramètres de l'équation obtenue lors de cette régression. Le tableau 19 montre cependant les corrélations existant entre les problèmes émotifs et les trois variables médicales.

Une seconde régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire la présence de problèmes comportementaux chez les sujets du groupe clinique. Tout comme pour la première régression, la corrélation multiple ($\underline{R}$) de chacune des étapes est ressortie comme n'étant pas significativement différente de zéro. En fait, l'examen de la troisième étape a révélé qu'une fois toutes entrées dans la régression, les variables médicales ne contribuaient pas significativement à prédire la présence de problèmes comportementaux ($\underline{R} = .21$; $F(3,66) = .97$, $p > .0125$). De façon plus spécifique, aucun des trois facteurs médicaux ne fournissait un apport significatif ($F_{inc} > .0125$). Tout comme pour la première régression, il n'a pas été jugé opportun de rapporter les paramètres de l'équation obtenue. Le tableau 20 illustre les corrélations obtenues entre les problèmes comportementaux et les trois variables médicales.

Une troisième régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire les compétences sociales des adolescents du groupe clinique. A chacune des étapes de cette régression, la corrélation multiple ($\underline{R}$) est ressortie comme n'étant pas significativement différente de zéro.

Tableau 19

Corrélations de Pearson entre les problèmes émotifs et les facteurs médicaux spécifiques à l'épilepsie (N = 70)

	2.	3.	4.
1. Problèmes émotifs	.13	.00	.13
2. Echelle de gravité de l'épilepsie		.00	.34
3. Age d'apparition des crises épileptiques			-.23
4. Présence de crises épileptiques en public			

Tableau 20

Corrélations de Pearson entre les problèmes comportementaux et les facteurs médicaux spécifiques à l'épilepsie (N = 70)

	2.	3.	4.
1. Problèmes comportementaux	.04	.19	.03
2. Echelle de gravité de l'épilepsie		.00	.34
3. Age d'apparition des crises épileptiques			-.23
4. Présence de crises épileptiques en public			

En fait, les résultats obtenus lors de la troisième étape ont montré que l'ensemble des variables médicales ne contribuait pas de façon significative à prédire les compétences sociales ($R = .39$; $F(3,62) = 3.61$, $p > .0125$). L'examen des valeurs F_{inc} de chacune des étapes a également fait ressortir qu'aucune de ces variables n'expliquait de manière significative le pourcentage de la variance totale des compétences sociales. Les résultats obtenus à l'étape 2 demeuraient toutefois marginaux ($sr^2_{inc} = .09$; $F_{inc}(1,63) = 6.30$, $p = .0147$). C'est pourquoi une régression supplémentaire a été effectuée en entrant d'abord la variable reliée à l'apparition des premières crises d'épilepsie, puis l'échelle de gravité et la variable évaluant la présence de crises en public. Les résultats de cette régression supplémentaire ont montré que, même lorsqu'elle était entrée en première étape, la variable âge d'apparition de l'épilepsie contribuait à prédire les compétences sociales seulement de façon marginale ($sr^2_{inc} = .09$; $F_{inc}(1,64) = 6.42$, $p = .0137$). Somme toute, aucun des facteurs médicaux ne prédit de manière significative les compétences sociales des adolescents du groupe clinique et ce, quel que soit leur ordre d'entrée. Le tableau 21 illustre les corrélations obtenues entre les variables de cette régression.

Une dernière régression hiérarchique a été effectuée dans le but de prédire le concept de soi des adolescents du groupe clinique. A chacune des étapes de la régression, la corrélation multiple (R) est apparue comme n'étant pas significativement différente de zéro. Les résultats obtenus à la troisième étape ont révélé que dans ce cas-ci comme dans le cas des autres variables dépendantes, l'ensemble des facteurs médicaux ne contribuait pas de manière significative à prédire le concept de soi ($R = .30$; $F(3,65) = 1.76$, $p > .0125$).

Tableau 21

Corrélations de Pearson entre les compétences sociales et les facteurs médicaux spécifiques à l'épilepsie (N = 66)

	2.	3.	4.
1. Compétences sociales	.14	.30	.17
2. Echelle de gravité de l'épilepsie		.03	.34
3. Age d'apparition des crises épileptiques			-.19
4. Présence de crises épileptiques en public			

De façon plus spécifique, ni l'échelle de gravité ($sr^2_{inc} = .04$; $F_{inc}(1,67) = .11$, $p > .0125$), ni l'âge d'apparition des crises ($sr^2_{inc} = .03$; $F_{inc}(1,66) = .19$, $p > .0125$), ni la présence de crises épileptiques en public ($sr^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(1,65) = 1.76$, $p > .0125$) ne fournissaient un apport significatif. Etant donné l'absence de tout résultat significatif, il n'a pas été jugé utile de rapporter les paramètres de l'équation obtenue lors de cette régression. Le tableau 22 montre cependant les corrélations existant entre le concept de soi et les trois variables médicales.

En résumé, deux conclusions peuvent être tirées de l'ensemble des résultats de la question de recherche 3. La première est que l'absentéisme scolaire et l'appartenance au groupe contribuent significativement à la variance totale d'une seule des quatre variables dépendantes mesurées, soit le concept de soi. Quant à la seconde conclusion, il ressort de ces analyses qu'aucun des facteurs médicaux reliés spécifiquement à l'épilepsie et à son traitement ne prédit de manière significative la perception qu'ont les adolescents atteints d'épilepsie de leur concept de soi et de leur fonctionnement psychosocial. Cependant, les résultats obtenus en ce qui concerne la prédiction des compétences sociales demeurent marginaux.

Prédiction du fonctionnement psychosocial à partir du concept de soi

Dans le but de vérifier si, tel que le suggère le modèle théorique, le concept de soi prédit le fonctionnement psychosocial de l'adolescent, trois régressions supplémentaires ont été entreprises. Pour ce faire, la méthode proposée par Pedhazur (1997) afin de tenir compte

Tableau 22

Corrélations de Pearson entre le concept de soi et les facteurs médicaux spécifiques à l'épilepsie (N = 69)

	2.	3.	4.
1. Concept de soi	-.20	.15	-.25
2. Echelle de gravité de l'épilepsie		.03	.33
3. Age d'apparition des crises épileptiques			-.22
4. Présence de crises épileptiques en public			

de l'appartenance au groupe a à nouveau été utilisée. Ainsi, le concept de soi, puis le facteur groupe et la variable reflétant l'interaction entre ces deux facteurs ont été entrés séparément lors des régressions. Etant donné que cette partie des analyses comportait trois régressions multiples, l'indice de signification alpha a été ajusté à .017 ($\alpha = .05/3$).

Les postulats de base ont été vérifiés au préalable et la variable concept de soi transformée. Comme les résultats obtenus avec et sans transformation du concept de soi étaient similaires, seuls seront présentés les résultats des régressions effectuées sans transformation.

Une première régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes émotifs chez l'adolescent. L'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre le concept de soi et l'appartenance au groupe n'était présente ($\underline{sr}_{inc}^2 = .00$; $F_{inc}(1,135) = .38$, $p > .017$). L'analyse des résultats obtenus à la seconde étape a montré, pour sa part, que l'effet du vecteur groupe n'était pas significatif lui non plus ($\underline{sr}_{inc}^2 = .01$; $F_{inc}(1,136) = 1.45$, $p > .017$). Quant à l'examen de la première étape, il a fait ressortir que le concept de soi contribuait de manière significative à la régression ($F_{inc}(1,137) = 32.33$, $p < .017$) et expliquait 19% de la variance totale des problèmes émotifs. Les principaux résultats de cette régression de même que les paramètres de l'équation obtenue à la première étape se trouvent dans le tableau 23.

La valeur du coefficient B associé au concept de soi étant négative, on peut conclure que plus le concept de soi est élevé, moins les adolescents rapportent éprouver des problèmes émotifs et ce, quel que soit leur groupe d'appartenance.

Tableau 23

Résumé de la régression hiérarchique prédisant la présence de problèmes émotifs à partir du concept de soi (N = 139)

Variables (VI)	Problèmes émotifs (VD)	Concept de soi	B	sr^2 (incremental)
Concept de soi	-.44		-.48	.19*
Intercept: 77.19				
<u>M</u>	50.13	56.17		
<u>ET</u>	9.15	8.30		
				$R^2 = .19$
				$R^2 \text{ ajusté} = .19$
				$R = .44^*$

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .017.

* $p < .017$.

Une seconde régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes comportementaux chez l'adolescent. Tout comme pour la première régression, l'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre l'appartenance au groupe et le concept de soi n'était présente ($\Delta R^2_{mc} = .01$; $F_{mc}(1,135) = 1.15$, $p > .017$). Quant aux résultats de la deuxième étape, ils ont aussi indiqué que le facteur groupe ne prédisait pas de manière significative la présence de problèmes comportementaux ($\Delta R^2_{mc} = .03$; $F_{mc}(1,136) = 4.58$, $p > .017$). L'analyse des résultats obtenus lors de la première étape a montré, pour sa part, que le concept de soi contribuait significativement à la régression ($F_{mc}(1,137) = 8.84$, $p < .017$) et expliquait 6% de la variance totale des problèmes comportementaux ($\Delta R^2_{mc} = .06$). Les principaux résultats de cette régression sont résumés dans le tableau 24.

La valeur du coefficient B associé au concept de soi étant négative, on peut conclure que plus le concept de soi est élevé, moins les adolescents rapportent éprouver des problèmes comportementaux et ce, quel que soit leur groupe d'appartenance.

Une dernière régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire les compétences sociales de l'adolescent. L'examen de la troisième étape a révélé qu'aucune interaction significative entre le concept de soi et l'appartenance au groupe n'était présente ($\Delta R^2_{mc} = .00$; $F_{mc}(1,132) = .68$, $p > .017$). L'analyse des résultats obtenus lors de la deuxième étape a fait ressortir que l'appartenance au groupe contribuait de façon significative à la régression ($F_{mc}(1,133) = 6.65$, $p < .017$). En effet, 4% de la variance totale des compétences sociales est attribuable à l'addition du vecteur groupe dans l'équation ($\Delta R^2_{mc} = .04$). On peut donc

Tableau 24

Résumé de la régression hiérarchique prédisant la présence de problèmes comportementaux à partir du concept de soi (N = 139)

Variables (VI)	Problèmes comportementaux (VD)	Concept de soi	<u>B</u>	<u>sr</u> ² (incremental)
Concept de soi	-.25		-.28	.06*
Intercept: 65.00				
<u>M</u>	49.26	56.17		
<u>ET</u>	9.44	8.30		
				R ² = .06
				R ² ajusté = .05
				R = .25*

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .017.

*p < .017.

conclure que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont différents. La valeur de ces intercepts et des coefficients B pour chacun des groupes peut être calculée à partir de l'équation du modèle obtenu lors de cette deuxième étape. Il importe toutefois d'établir auparavant si, outre l'appartenance au groupe, le concept de soi fournit aussi un apport significatif. Un examen des résultats de la première étape a indiqué que le concept de soi avait eu, lui aussi, un effet significatif ($F_{mc}(1,134) = 24.61, p < .017$) et contribuait à expliquer un autre 16% de la variance totale des compétences sociales ($sr^2_{mc} = .16$). C'est donc dire que le concept de soi et l'appartenance au groupe contribuent significativement à la régression. Les paramètres de l'équation obtenue pour cette régression se trouvent dans le tableau 25.

La valeur du coefficient B associé au concept de soi étant positive, on peut conclure que plus le concept de soi est élevé, plus les compétences sociales s'améliorent. Quant à l'influence de l'appartenance au groupe, la substitution dans cette équation du vecteur E par les valeurs E correspondant aux deux groupes à l'étude ($E=1$ et $E=-1$) a révélé que les sujets du groupe de comparaison obtenaient des résultats plus élevés à l'échelle de compétences sociales (intercept égal à 30.12) que ceux du groupe clinique (intercept égal à 25.82).

En résumé, les résultats de ces trois régressions confirment que, comme le suggère le modèle théorique proposé, l'image que se fait l'adolescent de son concept de soi prédit de manière significative la perception qu'il a de son fonctionnement psychosocial, quel que soit son groupe d'appartenance.

Tableau 25

Résumé de la régression hiérarchique prédisant les compétences sociales à partir du concept de soi (N = 134)

Variables (VI)	Compétences sociales (VD)	Concept de soi	Groupe (E)	B	sr ² (incremental)
Concept de soi	.39			.40	.16*
Groupe (E)	-.32	-.32		-2.15	.04*
Intercept: 27.97					
<u>M</u>	50.35	56.21	-.03		
<u>ET</u>	10.20	8.38	1.00		
					R ² = .20
					R ² ajusté = .18
					R = .44*

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .017.

*p < .017.

Prédiction du concept de soi et de chacune des variables reflétant le fonctionnement

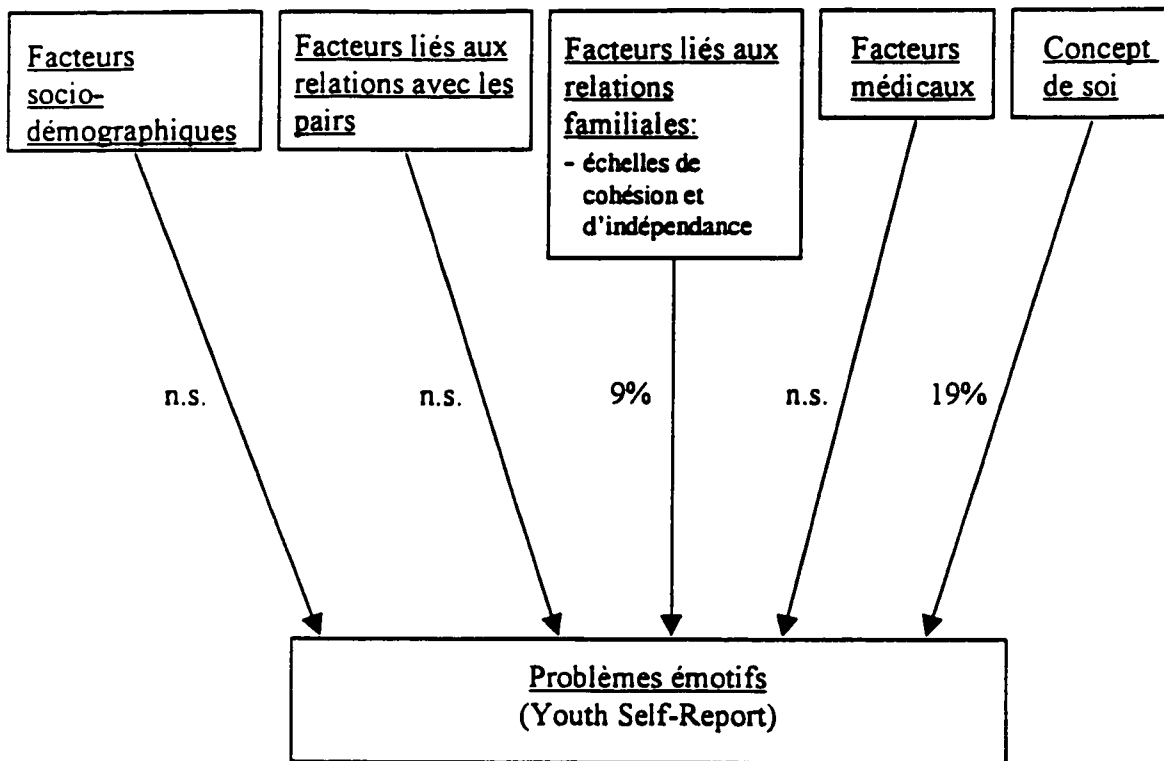
psychosocial à partir de l'ensemble des facteurs prédicteurs des questions de recherche 1 à 3

Les figures 8 à 11 présentent un résumé de la façon dont l'ensemble des facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux prédit chacune des variables dépendantes de cette recherche.

Comme l'illustre la figure 8, les niveaux de cohésion et d'indépendance familiales de même que le concept de soi constituent les seuls facteurs à prédire la présence de problèmes émotifs chez les adolescents des deux groupes. Quant à la figure 9, elle montre que les niveaux de cohésion et de contrôle au sein de la famille ainsi que le concept de soi prédisent la présence de problèmes comportementaux, quel que soit le groupe d'appartenance des sujets. La figure 10 indique pour sa part, que l'âge, la taille du réseau social des pairs, le concept de soi et l'appartenance au groupe contribuent à expliquer de façon significative le pourcentage de la variance totale des compétences sociales. Quant à la figure 11, elle montre que des variables faisant partie de chacune des catégories de facteurs à l'étude ont une influence significative sur le concept de soi. Cette figure indique aussi que l'appartenance au groupe et l'interaction entre cette variable et quelques-uns des facteurs socio-démographiques et environnementaux jouent un rôle important dans la prédiction du concept de soi.

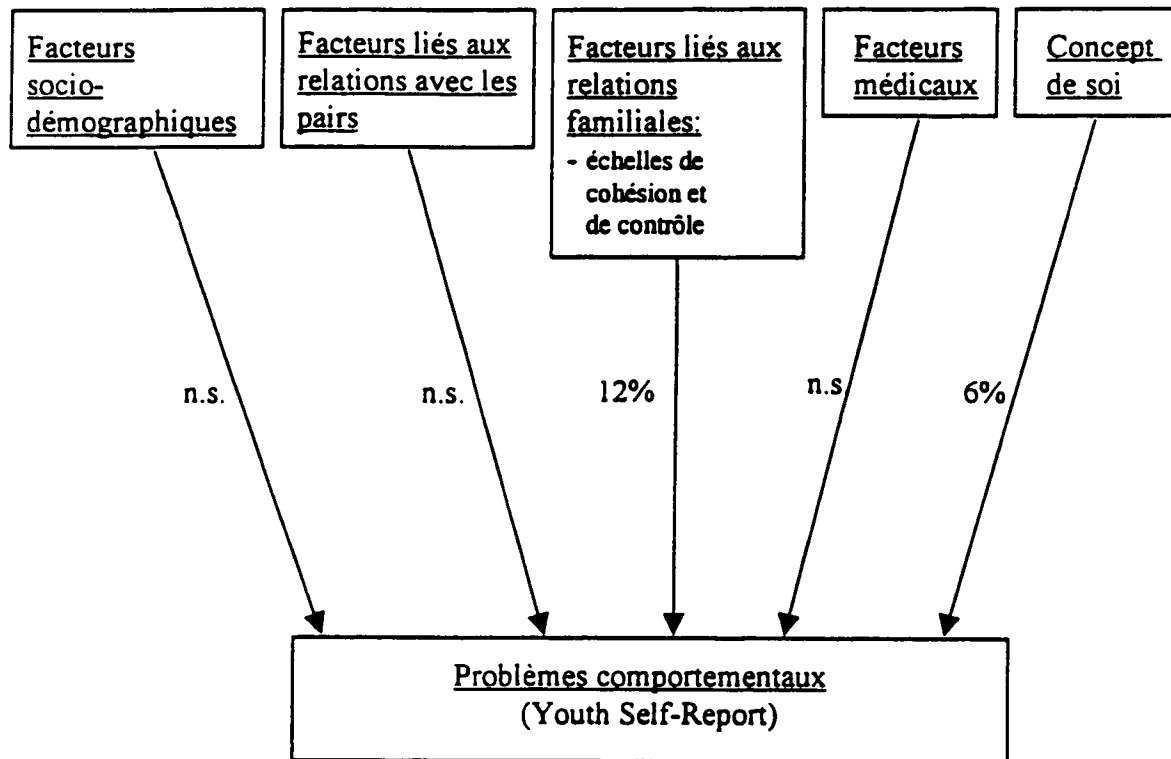
Afin de répondre au dernier objectif de la présente recherche et déterminer si un type de facteurs plutôt qu'un autre prédit davantage le fonctionnement psychosocial et le concept de soi des adolescents des deux groupes, une dernière série d'analyses a été effectuée. Il

Figure 8. Résumé du pourcentage de la variance totale des problèmes émotifs expliqué de façon significative par chacun des facteurs du modèle théorique



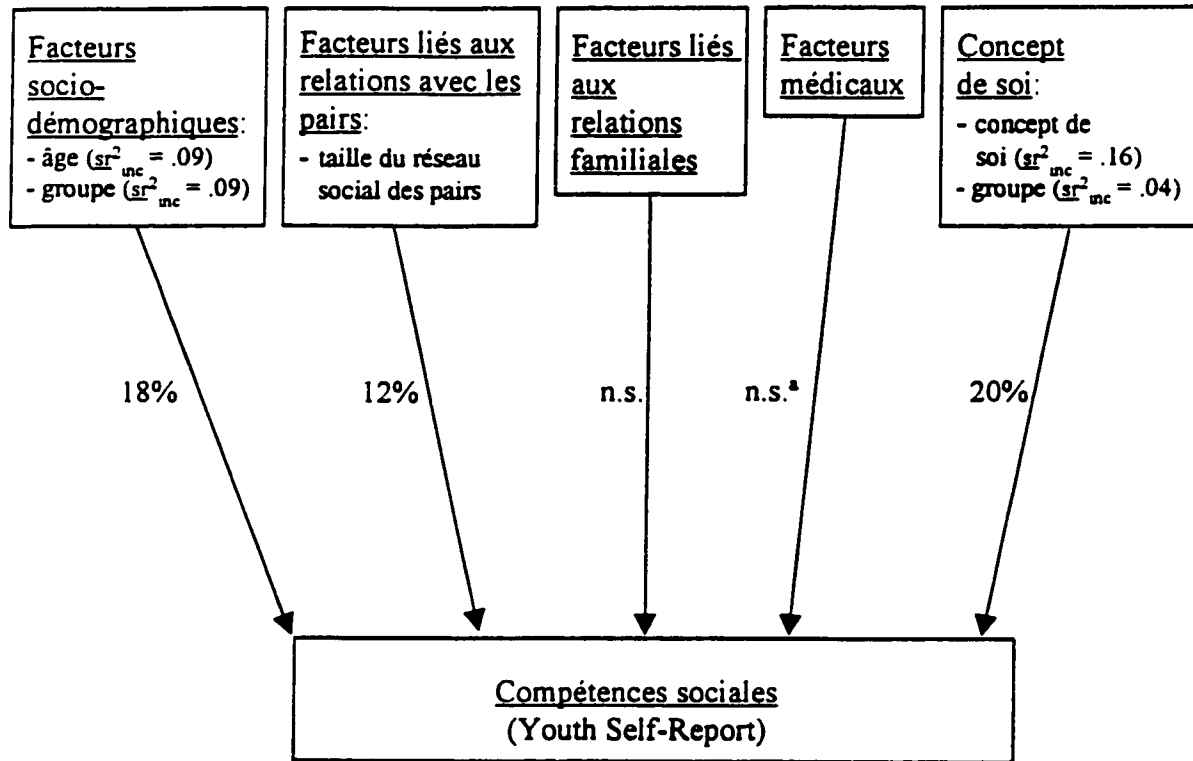
Note. n.s. = Le pourcentage de la variance expliqué est non significatif.

Figure 9. Résumé du pourcentage de la variance totale des problèmes comportementaux expliqué de façon significative par chacun des facteurs du modèle théorique



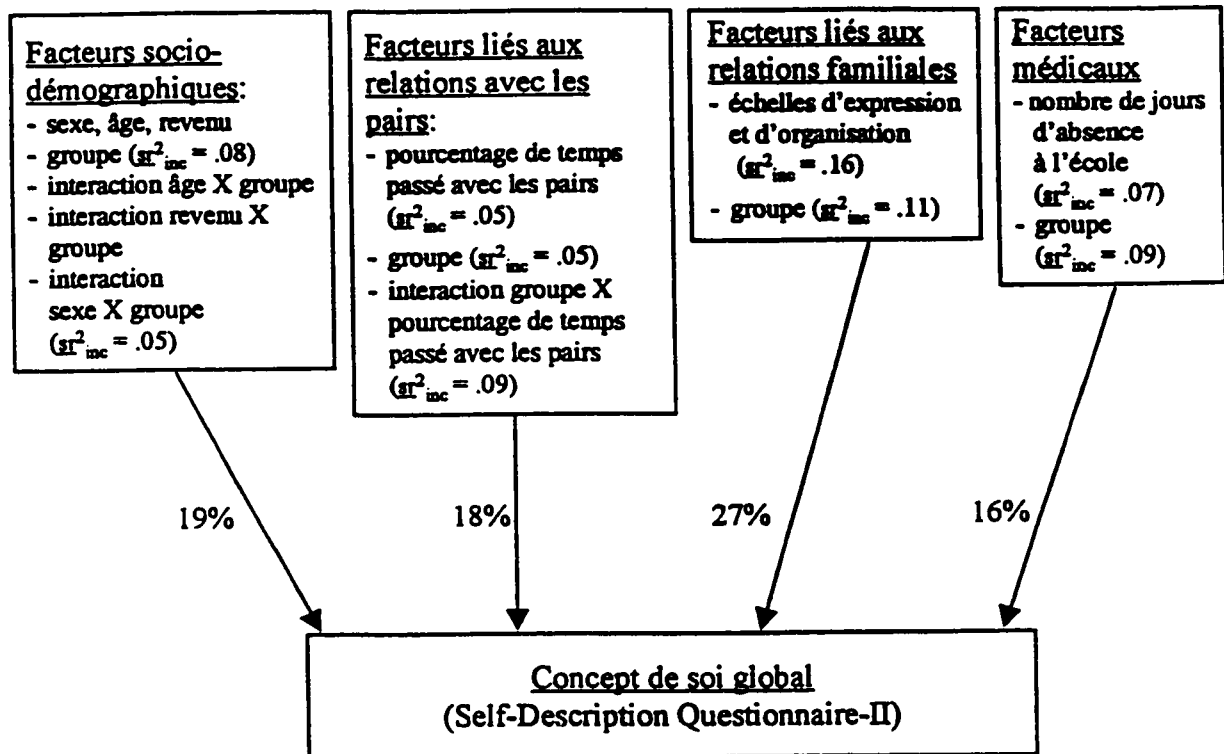
Note. n.s. = Le pourcentage de la variance expliqué est non significatif.

Figure 10. Résumé du pourcentage de la variance totale des compétences sociales expliqué de façon significative par chacun des facteurs du modèle théorique



Note. n.s. = Le pourcentage de la variance expliquée est non significatif. * Le pourcentage de la variance expliquée est non significatif mais un résultat marginal (9%) a été obtenu.

Figure 11. Résumé du pourcentage de la variance totale du concept de soi expliqué de façon significative par chacun des facteurs du modèle théorique



s'agit de quatre régressions multiples visant à prédire les variables dépendantes à l'étude à partir des divers facteurs significatifs ressortis lors des analyses précédentes (voir les figures 8 à 11). L'indice correcteur alpha a donc été ajusté à .0125 ($\alpha = .05/4$).

Une première régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire la présence de problèmes émotifs chez les deux groupes de sujets. Trois variables indépendantes ont été sélectionnées pour cette régression, soit le concept de soi et les niveaux de cohésion et d'indépendance familiales. En effet, tel que l'illustre la figure 8, ces trois variables étaient ressorties comme étant prédictrices de la présence de problèmes émotifs, quel que soit le groupe de sujets à l'étude. Par conséquent, il n'était pas justifié d'inclure le facteur groupe ainsi que tout facteur d'interaction à titre de variables indépendantes. Cette première régression ne comporte donc qu'une étape principale dans laquelle les trois variables indépendantes sélectionnées ont été entrées.

Etant donné que le modèle théorique de la présente étude suggère que le concept de soi prédit le fonctionnement psychosocial avant tout autre facteur, cette variable a été entrée seule lors d'une première sous-étape. Puis, les deux facteurs familiaux ont été inclus ensemble lors d'une seconde sous-étape. Cet ordre d'entrée permettait ainsi de vérifier si les facteurs familiaux expliquaient un pourcentage de la variance des problèmes émotifs additionnel à celui expliqué par le concept de soi.

Comme à la suite de l'examen des postulats de base les variables concept de soi et cohésion familiale avaient dues être transformées, cette première régression a été effectuée avec et sans ces transformations. Les résultats obtenus étant similaires, seuls seront

présentés les résultats de la régression effectuée sans aucune transformation.

Les résultats de cette première régression ont révélé que la corrélation multiple (R) était significativement différente de zéro à chacune des sous-étapes. Une fois toutes les variables entrées, $R = .46$; $F(3,135) = 11.73$, $p < .0125$. L'examen de la première sous-étape a indiqué que le concept de soi contribuait de façon significative à expliquer 19% de la variance totale des problèmes émotifs ($sr^2_{inc} = .19$; $F_{inc}(1,137) = 32.38$, $p < .0125$). Par contre, les résultats de la seconde sous-étape ont fait ressortir que l'ajout des deux facteurs familiaux ne fournissait pas un apport significatif additionnel ($sr^2_{inc} = .02$; $F_{inc}(2,135) = 1.35$, $p > .0125$). On peut donc conclure que les niveaux de cohésion et d'indépendance familiales ne contribuent pas significativement à expliquer un pourcentage de la variance totale additionnel à celui expliqué par le concept de soi. Un modèle réduit incluant uniquement le concept de soi peut donc être utilisé pour prédire la présence de problèmes émotifs. Les paramètres de l'équation obtenue avec ce modèle réduit ont déjà été exposés précédemment (voir le tableau 23).

Une seconde régression hiérarchique a été entreprise afin de prédire la présence de problèmes comportementaux. Trois variables indépendantes ont été retenues pour cette régression, soit le concept de soi et les niveaux de cohésion et de contrôle au sein de la famille. En effet, ces variables étaient ressorties comme étant prédictrices de la présence de problèmes comportementaux chez les deux groupes de sujets (voir la figure 9). Tout comme pour la première régression, le facteur groupe et les facteurs d'interaction n'ont pas été inclus dans cette régression.

Les trois variables indépendantes ont été entrées dans un ordre identique à celui de la première régression; la priorité a d'abord été accordée au concept de soi, puis aux deux facteurs familiaux. Comme à la suite de l'examen des postulats de base, les variables concept de soi et cohésion familiale avaient dues être transformées, cette régression a été effectuée avec et sans ces transformations. Les résultats obtenus étant similaires, seuls seront présentés les résultats de la régression effectuée sans aucune transformation.

Tout comme pour la première régression, la corrélation multiple (R) est apparue comme étant significativement différente de zéro à chacune des sous-étapes. Une fois toutes les variables entrées, $R = .38$; $F(3,135) = 7.55$, $p < .0125$. En fait, l'examen de la première sous-étape a révélé que le concept de soi contribuait significativement à expliquer 6% de la variance totale des problèmes comportementaux ($sr^2_{inc} = .06$; $F_{inc}(1,137) = 8.84$, $p < .0125$). Quant aux résultats de la seconde sous-étape, ils ont montré que les deux facteurs familiaux avaient eu, eux aussi, un effet significatif ($F_{inc}(2,135) = 6.55$, $p < .0125$) et contribuaient à expliquer un autre 8% de la variance totale des problèmes comportementaux ($sr^2_{inc} = .08$). On peut donc affirmer que les niveaux de cohésion et de contrôle au sein de la famille contribuent ensemble à expliquer un pourcentage de la variance totale additionnel à celui expliqué par le concept de soi. Afin de savoir si l'un de ces facteurs familiaux prédisait plus particulièrement la présence de problèmes comportementaux, les résultats des tests t obtenus lors de la seconde sous-étape ont été examinés. Aucun des trois tests t ne s'est avéré significatif ($t(135) = 2.00$, $p > .0125$ pour la variable cohésion; $t(135) = -2.32$, $p > .0125$ pour la variable contrôle; $t(135) = -1.43$, $p > .0125$ pour la variable concept de soi). Les résultats de cette régression ainsi que les paramètres de

l'équation obtenue se trouvent dans le tableau 26.

A partir des valeurs des coefficients B associés aux trois variables de cette régression, on peut conclure que lorsque d'une part, le niveau de contrôle familial diminue et que, d'autre part, le concept de soi et le niveau de cohésion familiale augmentent, les adolescents rapportent éprouver moins de problèmes comportementaux.

Etant donné que les tests t de la seconde sous-étape de cette régression se sont tous avérés non significatifs, il y avait lieu de se demander si le concept de soi prédirait toujours de façon significative la présence de problèmes comportementaux s'il était entré après les deux variables familiales. Une régression hiérarchique supplémentaire a donc été effectuée afin de répondre à cette question. Les résultats de cette régression supplémentaire ont révélé que la corrélation multiple (R) était significativement différente de zéro à chacune des sous-étapes. Une fois toutes les variables entrées, $R = .38$; $F(3,135) = 7.55$, $p < .0125$. L'examen de la première sous-étape a indiqué que les deux facteurs familiaux contribuaient de façon significative à expliquer 13% de la variance totale des problèmes comportementaux ($sr^2_{inc} = .13$; $F_{inc}(2,136) = 10.23$, $p < .0125$). Par contre, les résultats de la seconde sous-étape ont montré que l'ajout du concept de soi ne fournissait pas un apport significatif additionnel ($sr^2_{inc} = .01$; $F_{inc}(1,135) = 2.03$, $p > .0125$). C'est donc dire que le pouvoir prédictif du concept de soi varie en fonction de l'ordre d'entrée des variables dans la régression. Le concept de soi ne constituerait donc pas le facteur le plus important dans la prédiction de la présence de problèmes comportementaux.

Tableau 26

Résumé de la régression hiérarchique prédisant la présence de problèmes comportementaux à partir de l'ensemble des facteurs prédictifs (N = 139)

Variables (VI)	Problèmes comportementaux (VD)	Concept de soi	Cohésion familiale	Contrôle familial	B	ΔR^2 (incremental)
Concept de soi	-.25				-.14	.06*
Niveau de cohésion familiale	-.32	.38			-.14	
Niveau de contrôle familial	.28	-.26	-.35		.14	.08*
				Intercept = 57.11		
M	49.26	56.17	52.64	52.51		$R^2 = .14$
ET	9.44	8.30	14.04	11.50		$R^2 \text{ ajusté} = .13$
						$R = .38^*$

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

* $p < .0125$

Une troisième régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire les compétences sociales des adolescents. Quatre variables indépendantes ont été sélectionnées pour cette régression, soit le concept de soi, l'âge, la taille du réseau social des pairs ainsi que le facteur groupe. En effet, tel que l'illustre la figure 10, ces quatre variables étaient ressorties comme étant prédictrices des compétences sociales. Par conséquent, la régression s'est déroulée en deux grandes étapes. Les variables concept de soi, âge et taille du réseau social des pairs ont d'abord été entrées au cours d'une première étape. Puis le facteur groupe a été inclus lors d'une seconde étape. La première étape a elle-même été divisée en deux sous-étapes afin d'accorder une priorité au concept de soi.

Comme les variables concept de soi et taille du réseau social des pairs avaient dues être transformées, cette régression a été effectuée avec et sans ces transformations. Les résultats obtenus étant différents, seuls seront présentés les résultats de la régression effectuée en présence de ces variables transformées.

Etant donné que le facteur groupe avait été inclus dans la régression, l'interprétation des résultats a débuté par l'examen de la seconde étape. Celui-ci a révélé que l'appartenance au groupe ne prédisait pas de façon significative les compétences sociales, une fois les autres facteurs prédicteurs entrés dans la régression ($sr^2_{\text{mc}} = .02$; $F_{\text{mc}}(1,130) = 3.99$, $p > .0125$). Par contre, l'analyse des résultats obtenus à la première étape a fait ressortir que les variables âge et taille du réseau social des pairs (entrés en deuxième sous-étape) avaient eu un effet significatif ($F_{\text{mc}}(2,131) = 15.54$, $p < .0125$) et contribuaient à expliquer 16% de la variance totale des compétences sociales ($sr^2_{\text{mc}} = .16$). L'examen qui a suivi de la sous-étape 1 a montré que le concept de soi fournissait également un apport significatif ($sr^2_{\text{mc}} = .16$;

$F_{inc}(1,133) = 25.27, p < .0125$). Afin de savoir si, une fois le concept de soi entré dans la régression, l'une des deux autres variables indépendantes prédisait davantage les compétences sociales, un examen des tests t obtenus lors de la deuxième sous-étape a été effectué. Seuls les tests t des variables taille du réseau social des pairs ($t(131) = 4.14, p < .0125$) et concept de soi ($t(131) = -4.69, p < .0125$) se sont avérés significatifs. C'est pourquoi une régression hiérarchique supplémentaire incluant uniquement ces deux variables a été entreprise. Dans le but de faciliter l'interprétation des résultats, cette régression supplémentaire a aussi été effectuée sans transformation de ces deux variables. Les résultats avec et sans transformation étant similaires, seuls seront présentés ceux de la régression effectuée sans aucune transformation. Les principaux paramètres de l'équation obtenue avec ce modèle réduit se trouvent dans le tableau 27.

Comme la valeur des coefficients B associés au concept de soi et à la taille du réseau social des pairs est positive, on peut conclure que lorsque le concept de soi et la taille du réseau social des pairs augmentent, les compétences sociales s'améliorent et ce, quel que soit le groupe d'appartenance des sujets.

Afin de s'assurer que ce modèle réduit expliquait un pourcentage de la variance totale (R^2) non différent statistiquement du pourcentage de la variance totale expliqué lorsque les trois variables de la première étape avaient été entrées dans la régression (R^2 de l'équation de la deuxième sous-étape = .32), une comparaison des valeurs R^2 de ces deux modèles a été effectuée. Dans le cadre de cette comparaison, la valeur $R^2 = .29$ du modèle réduit obtenu avec les transformations des variables concept de soi et taille du réseau social des pairs a été employée étant donné que le modèle initial comportait ces variables transformées. Aucune

Tableau 27

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant les compétences sociales à partir de l'ensemble des facteurs prédictifs (N = 135)

Variables (VI)	Compétences sociales (VD)	Concept de soi	Taille du réseau social des pairs	B	sr ² (incremental)
Concept de soi	.39			.42	.15*
Taille du réseau social des pairs	.38	.13		1.02	.11*
				Intercept = 21.87	
M	50.52	56.25	5.11		
ET	10.05	8.39	3.28		
					R ² = .26 R ² ajusté = .25 R = .51*

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

*p < .0125.

différence significative n'est ressortie entre les pourcentages de la variance totale des compétences sociales expliqués par ces deux modèles ($F_{(1,131)} = 5.13, p > .0125$). L'emploi du modèle réduit incluant uniquement les variables concept de soi et taille du réseau social des pairs est donc justifié.

Une quatrième régression hiérarchique a été effectuée afin de prédire le concept de soi chez les adolescents des deux groupes. A la lumière des résultats obtenus aux questions de recherche 1 à 3 (voir la figure 11), il ressort que la prédiction du concept de soi varie en fonction du groupe à l'étude. En effet, ces résultats ont indiqué la présence d'effets d'interaction. Aussi, afin de tenir compte de ces effets d'interaction, douze variables indépendantes ont été choisies pour cette régression et entrées en trois étapes distinctes. Le sexe, l'âge, le revenu familial, le pourcentage de temps passé avec les pairs, l'absentéisme scolaire ainsi que les niveaux d'expression et d'organisation familiales ont d'abord été entrés ensemble lors d'une première étape. Il est à noter que les variables âge et revenu ont été incluses dans cette étape à cause de l'effet de suppression qu'elles exerçaient sur l'interaction entre les facteurs sexe et groupe. Puis, la variable représentant l'appartenance au groupe a été entrée en seconde étape. Enfin, les quatre vecteurs reflétant les interactions apparues entre le groupe et, de façon respective, le pourcentage de temps passé avec les pairs, le sexe, l'âge et le revenu familial ont été entrés lors d'une troisième étape.

Comme la variable concept de soi avait dû être transformée et que les résultats des régressions avec et sans transformation étaient différents, seuls seront présentés les résultats obtenus avec le concept de soi transformé. Les variables indépendantes revenu familial,

pourcentage de temps passé avec les pairs et absentéisme scolaire sont aussi demeurées transformées car l'examen des postulats de base a révélé la présence de cas extrêmes multivariés lorsque ces variables n'étaient pas transformées. Il sera donc important de tenir compte de ces transformations lors de l'interprétation des résultats.

L'examen de la troisième étape de cette régression a indiqué qu'aucune interaction significative entre les quatre variables prédictrices en jeu et l'appartenance au groupe n'était présente ($\underline{s}r^2_{inc} = .06$; $F_{inc}(4,120) = 2.90$, $p > .0125$). L'analyse des résultats obtenus à la seconde étape a montré que l'appartenance au groupe contribuait de façon significative à la régression ($F_{inc}(1,124) = 7.63$, $p < .0125$). En effet, 4% de la variance totale du concept de soi est attribuable à l'addition du vecteur groupe dans l'équation ($\underline{s}r^2_{inc} = .04$). On peut donc conclure que les intercepts des équations de régression des deux groupes sont différents. La valeur de ces intercepts et des coefficients B pour chacun des groupes peut être calculée à partir de l'équation du modèle obtenu lors de cette seconde étape. Toutefois, il importe d'établir auparavant si, outre l'appartenance au groupe, certains des facteurs inclus précédemment ont aussi fourni un apport significatif. Un examen des résultats obtenus à la première étape a révélé que les sept variables prédictrices contribuaient ensemble à expliquer un autre 25% de la variance totale du concept de soi ($\underline{s}r^2_{inc} = .25$; $F_{inc}(7,125) = 6.02$, $p < .0125$). Afin de déterminer laquelle ou lesquelles de ces sept variables prédisai(en)t plus spécifiquement le concept de soi, les résultats des tests t obtenus lors de cette première étape ont été examinés. Les tests t de deux de ces variables se sont avérés significatifs, soit ceux des variables évaluant le niveau d'expression familiale ($t(125) = -4.09$, $p < .0125$) et le pourcentage de temps passé avec les pairs ($t(125) = -3.16$, $p < .0125$). Ces résultats laissent

donc supposer que le niveau d'expression familiale, le pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe contribuent tous trois à prédire le concept de soi de manière significative. Une première régression supplémentaire, incluant uniquement ces trois variables a donc été effectuée afin de vérifier si c'était le cas. Bien que les résultats de cette régression aient révélé qu'ensemble, le niveau d'expression, le pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe expliquaient de façon significative 22% de la variance totale du concept de soi ($R^2 = .22$), ce pourcentage s'est avéré significativement différent du pourcentage de la variance expliqué lorsque les sept variables prédictrices et le vecteur groupe étaient inclus dans la régression ($R^2 = .29$) ($F_{\text{inc}}(5,120) = 2.93, p < .0125$). C'est pourquoi l'emploi de ce modèle réduit a dû être rejeté et que les résultats de l'équation alors obtenue ne sont pas présentés. Un examen des tests t de la première étape a à nouveau été effectué afin de voir si, hormis le niveau d'expression familiale et le pourcentage de temps passé avec les pairs, d'autres variables pouvaient contribuer au pourcentage de la variance totale obtenu lorsque les sept variables prédictrices et le facteur groupe étaient entrés dans la régression. Cet examen a fait ressortir que le test t de la variable mesurant le niveau d'organisation familiale était marginal ($t(125) = -2.20, p = .029$). Il s'avèrait alors possible de croire que combinés ensemble, les niveaux d'organisation et d'expression familiales de même que le pourcentage de temps passé avec les pairs et le facteur groupe pouvaient expliquer un pourcentage de la variance totale du concept de soi similaire à celui expliqué par l'inclusion des sept variables prédictrices et du facteur groupe. Une seconde régression supplémentaire a alors été effectuée avec les variables organisation, expression, pourcentage de temps passé avec les pairs et groupe. Les résultats de cette régression

supplémentaire ont révélé que ces quatre variables expliquaient de façon significative un pourcentage de la variance totale du concept de soi ($R^2 = .27$) non différent statistiquement de celui expliqué par l'inclusion des sept variables prédictrices et du facteur groupe ($R^2 = .29$) ($F_{mc}(4,120) = 2.09, p > .0125$). C'est donc dire que l'utilisation de ce modèle réduit afin de prédire le concept de soi est appropriée. Comme la variable concept de soi avait subi une transformation miroir suivie d'une extraction de sa racine carrée, cette régression supplémentaire a aussi été effectuée sans transformation du concept de soi. Les résultats obtenus étant similaires, seuls sont présentés dans le tableau 28 les paramètres du modèle réduit prédisant le concept de soi non transformé.

La valeur des coefficients B associés aux trois variables de la première étape étant positive, on peut conclure que plus les niveaux d'organisation et d'expression familiales de même que le pourcentage de temps passé avec les pairs augmentent, plus le concept de soi est élevé. Quant à l'influence de l'appartenance au groupe, la substitution dans cette équation du vecteur E par les valeurs E correspondant aux deux groupes à l'étude ($E=1$ et $E=-1$) a révélé que les sujets du groupe de comparaison avaient un concept de soi plus élevé (intercept égal à 37.30) que celui des sujets du groupe clinique (intercept égal à 32.50).

En résumé, il ressort des résultats de ces quatre dernières régressions que l'importance relative des différents types de facteurs dans la prédiction du fonctionnement psychosocial fluctue selon la variable dépendante mesurée. Tel que le suggère le modèle théorique, le concept de soi joue un rôle de premier plan dans la prédiction des problèmes émotifs et des compétences sociales. Ce ne semble toutefois pas être le cas en ce qui a trait

Tableau 28

Résumé de la régression hiérarchique du modèle réduit prédisant le concept de soi à partir de l'ensemble des facteurs prédictifs (N = 133)

Variables (VI)	Concept de soi (VD)	Organisation familiale	Expression familiale	Pourcentage de temps passé avec les pairs	Groupe (E)	B	ΔR ² (incremental)
Niveau d'organisation familiale	.27					.16	
Niveau d'expression familiale	.31	.06				.24	
Pourcentage de temps passé avec les pairs	.22	.12	-.07			.09	-.20*
Groupe (E)	-.31	-.02	.08	-.27		-2.40	.08*
Intercept = 34.90							
<u>M</u>	56.05	53.79	42.11	24.09	-.01		
<u>ET</u>	8.36	11.83	11.23	13.13	1.00		
							R ² = .28 R ² ajusté = .26 R = .53*

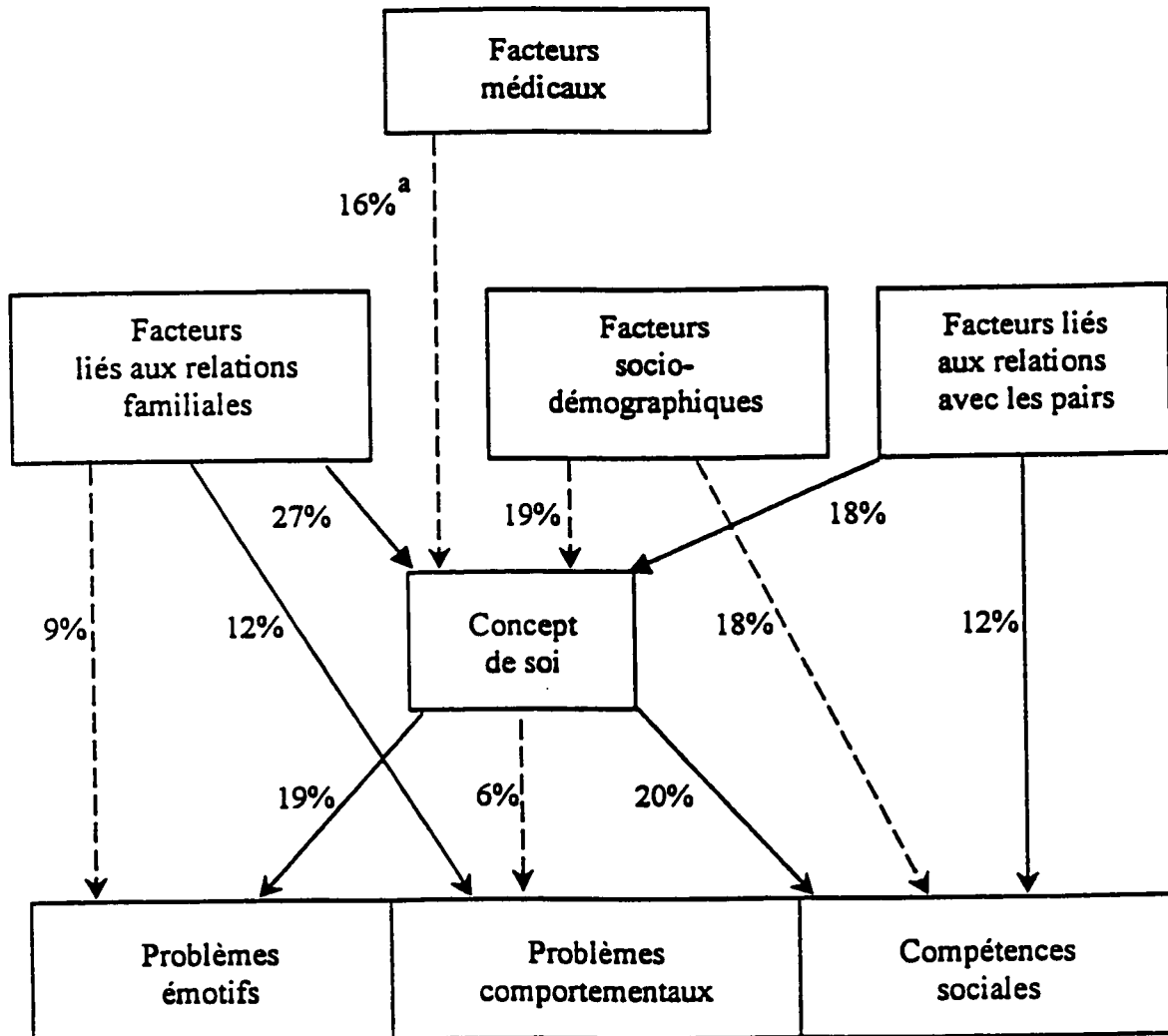
Note. Niveau de signification alpha ajusté à .0125.

* p < .0125.

à la prédiction des problèmes comportementaux puisque deux des facteurs familiaux se sont avérés avoir un effet significatif aussi important que celui du concept de soi. Parmi tous les facteurs étudiés dans le cadre des questions de recherche 1 à 3, ceux qui ont trait à l'environnement social de l'adolescent (pairs, famille) ressortent comme étant les plus importants dans la prédiction des problèmes comportementaux, des compétences sociales et du concept de soi. En effet, aucun des facteurs socio-démographiques étudiés ne s'est révélé susceptible de prédire ces variables lorsque les facteurs des autres catégories (facteurs environnementaux, concept de soi) étaient inclus en même temps lors des régressions. Quant à l'influence de l'appartenance au groupe, les résultats de ces dernières analyses montrent que les facteurs susceptibles de prédire le fonctionnement psychosocial et le concept de soi sont les mêmes chez les deux groupes de sujets. En effet, aucun effet d'interaction n'est apparu. Le facteur groupe contribue lui-même à expliquer un pourcentage de la variance totale additionnel uniquement dans le cas du concept de soi.

La figure 12 présente de manière graphique une synthèse des résultats obtenus pour l'ensemble des régressions effectuées dans la présente recherche. Elle rapporte les pourcentages de la variance expliqué de manière significative par les différents facteurs prédicteurs en jeu pour chacune des variables dépendantes mesurées. Il est à noter que les pourcentages expliqués par l'appartenance au groupe et les vecteurs d'interaction ont été inclus dans les pourcentages rapportés pour chacun des facteurs en jeu. Ainsi, le pourcentage reporté à côté de la flèche se dirigeant des facteurs socio-démographiques au concept de soi (19%) inclut le pourcentage de la variance totale du concept de soi expliqué par les variables socio-démographiques, l'appartenance au groupe et les facteurs d'interaction

Figure 12. Résumé du pourcentage de la variance totale du concept de soi et du fonctionnement psychosocial expliqué de façon significative par l'ensemble des facteurs du modèle théorique



Note. ^aPourcentage de la variance expliquée par les facteurs médicaux communs aux deux groupes de sujets; aucun facteur lié à l'épilepsie et à son traitement n'est inclus. Pour chacune des variables dépendantes du modèle, une régression a été effectuée en incluant les différents types de facteurs prédictors en jeu. Les pourcentages de variance illustrés tiennent donc compte des corrélations obtenues entre ces divers facteurs prédictors.

en jeu. Le lecteur peut se référer aux figures 8 à 11 afin de retracer le pourcentage de la variance attribuable à chacune de ces variables.

Une flèche noire tracée entre un facteur prédicteur et une variable dépendante indique que ce facteur spécifique prédit un certain pourcentage de la variable dépendante en jeu, peu importe l'ordre dans lequel il est entré dans la régression. Par exemple, on constate d'après la figure 12, que des facteurs reliés aux relations familiales prédisent la présence de problèmes comportementaux, qu'ils soient entrés avant ou après le concept de soi. Lorsqu'ils sont entrés en premier, ils contribuent à expliquer 12% de la variance des problèmes comportementaux. Par contre, une flèche pointillée tracée entre un facteur prédicteur et une variable dépendante indique que ce facteur spécifique prédit significativement un certain pourcentage de la variable dépendante en jeu uniquement quand il est entré seul dans la régression. S'il est entré à la suite ou en même temps qu'un autre type de facteurs, il perd son pouvoir de prédiction. Par exemple, la figure 12 révèle que les facteurs reliés aux relations familiales ne prédisent plus la présence de problèmes émotifs de manière significative lorsqu'ils sont entrés après le concept de soi. De même, les facteurs médicaux communs aux deux groupes de sujets ne prédisent pas significativement le concept de soi lorsqu'ils sont entrés en même temps que les facteurs socio-démographiques et environnementaux.

Rappelons en terminant que, tel que mentionné dans l'introduction, aucune analyse statistique n'a été effectuée afin de déterminer les liens existant entre les facteurs médicaux et les facteurs environnementaux (pairs, famille) illustrés dans la figure 12. En effet, la vérification de cette partie du modèle théorique dépassait le cadre de cette étude.

Discussion

Une controverse règne quant à l'impact que provoque chez l'adolescent la présence d'une maladie chronique. En ce qui concerne l'épilepsie, les études tendent à démontrer que les enfants atteints de cette maladie courent des risques importants de développer des problèmes d'adaptation. Cependant, très peu de recherches ont été effectuées sur une population formée exclusivement d'adolescents. La présente étude comportait trois objectifs généraux. Elle visait d'abord à déterminer si l'épilepsie avait un impact sur le fonctionnement émotif et comportemental des adolescents qui en étaient atteints de même que sur la façon dont ils percevaient leur réseau social. Elle visait aussi à cerner les facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux susceptibles de prédire la perception qu'avaient ces adolescents de leur fonctionnement psychosocial et à déterminer si ces facteurs différaient de ceux susceptibles de prédire le fonctionnement psychosocial d'adolescents sains. La section qui suit est consacrée à la discussion des résultats obtenus au cours de cette étude. Une analyse critique des caractéristiques de l'échantillon de sujets recrutés sera exposée dans une première partie. Une seconde partie sera consacrée à la discussion des résultats obtenus pour chacune des hypothèses et questions de recherche énoncées. Puis seront abordées les limites de cette étude, ses implications théoriques et cliniques ainsi que des recommandations concernant les améliorations à apporter aux recherches futures.

Caractéristiques de l'échantillon

Les participants du groupe clinique ont été recrutés au département de neurologie de l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario et au bureau privé d'un neurologue exerçant à ce même hôpital. Ces deux sites constituent les principaux centres de traitement fréquentés par tous les adolescents atteints d'épilepsie de la région d'Ottawa-Carleton et de ses environs. Il est donc possible de croire qu'hormis quelques exceptions, tous les adolescents susceptibles de répondre aux critères de l'étude ont été contactés.

Au total, 66% de ces adolescents et de leurs parents ont accepté de participer à l'étude. Ce taux de participation se situe à mi-chemin entre les taux rapportés dans les autres recherches consacrées aux adolescents atteints d'une maladie chronique. En effet, les taux de participation varient de 49% à 98% (Apter et al., 1991; Bywater, 1981; Richardson & Friedman, 1974; Stevens et al., 1996; Westbrook et al., 1992). En ce qui a trait aux recherches sur les enfants atteints d'épilepsie et d'autres maladies chroniques, les taux se situent autour de 80% et varient de 73% à 96% (Appleton et al., 1997; Cadman et al. 1987; Hoare et Kerley, 1991; Perrin et al., 1993; Safyer et al., 1993; Wallander et al., 1989; Wertlieb et al., 1986). En général, les sujets de toutes ces études ont été recrutés directement par le personnel médical, à l'occasion d'un de leurs rendez-vous chez le médecin. On leur demandait alors de remplir tous les instruments de mesure sur place. Il n'est donc pas surprenant que les taux de participation aient été plus élevés. Contrairement à la majorité de ces recherches, des conditions plus exigeantes ont été imposées aux sujets dans la présente étude (présence de l'adolescent et d'un parent à deux rencontres, port d'un téléavertisseur pendant une semaine). Cela a pu contribuer à réduire le taux de participation.

En effet, plusieurs familles ont évoqué un manque de temps ou un refus de porter le téléavertisseur parmi les raisons données pour ne pas participer à l'étude. Ceci dit, il est intéressant de noter que la recherche ayant obtenu le plus faible taux de participation (49 %) a aussi été effectuée en Ontario (Stevens et al., 1996).

Aucune différence significative n'est apparue au niveau de l'âge, du sexe et des caractéristiques de l'épilepsie des adolescents qui ont accepté de participer et de ceux qui ont refusé. On peut donc penser que les sujets du groupe clinique sont représentatifs de la population d'adolescents atteints d'épilepsie de la région d'Ottawa-Carleton et de ses environs.

Par contre, les sujets du groupe clinique de cette étude se distinguent à plusieurs niveaux de ceux des autres recherches. En effet, selon le rapport des neurologues, aucun des sujets de la présente étude ne souffrait d'un retard développemental significatif ou d'une autre maladie chronique. Ce n'était toutefois pas le cas des sujets de certaines recherches (Carlton-Ford et al., 1995; Hoare et Kerley, 1991; McDermott et al., 1995). Par conséquent, il est possible que les sujets de cette étude aient manifesté des problèmes moins importants au niveau de leur fonctionnement psychosocial comparativement à ceux des études où quelques individus souffrant de plus d'un handicap ont été inclus. Rappelons, à titre d'information, que 40 % des adolescents exclus lors du processus de recrutement de cette étude présentaient un autre handicap.

L'échantillon de la présente étude se distingue aussi des autres du fait qu'il est plus hétérogène. En effet, il inclut des sujets atteints de différents types d'épilepsie, ce qui n'est pas le cas de certaines recherches consacrées aux adolescents (Apter et al., 1991; Elliott,

1992). De plus, contrairement à la majorité des recherches dans le domaine (Austin, 1988; Austin et al., 1992; 1994; Ferrari et al., 1983; Hermann et al., 1981; Hoare & Mann, 1994; Mandelbaum & Burack, 1997; Richardson & Friedman, 1974; Viberg et al., 1987; Westbrook et al., 1991; 1992; Williams et al., 1996), il contient aussi des sujets qui, au moment de la collecte de données, ne prenaient plus de médicaments anticonvulsivants. Par conséquent, on pourrait penser que les sujets de cette étude jouissaient de meilleures conditions de santé que ceux de la majorité des recherches puisqu'un certain pourcentage d'entre eux (soit 33%) ne prenaient plus de médicaments. Cependant, il est difficile de tirer des conclusions à ce propos sans tenir compte de l'ensemble des caractéristiques de l'épilepsie et de son traitement. En fait, l'emploi d'une échelle de gravité de l'épilepsie semble préférable afin de comparer les caractéristiques des échantillons des diverses recherches. Etant donné que la présente étude contient une échelle de gravité semblable à celle utilisée par Austin et al. (1996), il est possible de comparer les échantillons de ces deux études. De manière générale, on constate que le pourcentage de sujets dans chacune des trois catégories de gravité diffère d'une étude à l'autre. En effet, plus de la moitié des sujets de la présente étude (soit 58.5%) manifestaient des symptômes modérés alors que l'ensemble des sujets de la recherche d'Austin et al. (1996) se situait dans les deux autres catégories de gravité, soit 46.2% dans la catégorie d'épilepsie inactive et 25.6% dans la catégorie d'épilepsie grave. De ce point de vue, il semble que l'échantillon de cette étude soit plus homogène et contienne bien moins de sujets souffrant d'un état de santé grave (soit 12.9%), comparativement à l'échantillon de l'étude d'Austin et al. (1996). Il sera donc important, lors de l'interprétation des résultats, de tenir compte de toutes ces différences qui sont

ressorties au niveau de l'état de santé des sujets des diverses recherches citées.

En ce qui concerne les sujets du groupe de comparaison, ils ont été recrutés de plusieurs façons, soit grâce à des annonces dans les journaux, les centres communautaires et centres pour jeunes, soit par l'intermédiaire des participants qui, de leur côté, invitaient leurs amis à se porter volontaires. Tous les sujets de ce groupe de comparaison ont été jumelés à ceux du groupe clinique en fonction de leur âge, sexe et style de constellation familiale, afin de préserver un certain niveau d'homogénéité au sein des deux groupes. Des différences significatives sont toutefois ressorties entre les deux groupes au niveau de certaines de leurs caractéristiques socio-démographiques. En effet, les mères du groupe clinique se sont avérées plus jeunes que celles du groupe de comparaison. De plus, le niveau d'éducation maximal atteint par l'un ou l'autre des parents était moins élevé dans le groupe clinique, ce qui concorde avec les résultats d'études épidémiologiques portant sur la maladie durant l'enfance (Gortmaker et al., 1990; Kovar, 1982). Enfin, le revenu familial annuel était plus faible au sein du groupe clinique.

Deux analyses supplémentaires ont été entreprises afin de tenter d'expliquer cette différence significative au niveau du revenu familial. La première de ces analyses a révélé que le nombre de mères au foyer était similaire dans les deux groupes et ne constituait pas un facteur pouvant expliquer la présence d'un revenu moins élevé chez les familles du groupe clinique. La seconde analyse a démontré que le pourcentage de sujets ayant un revenu annuel se situant sous le seuil de pauvreté était significativement plus élevé chez le groupe clinique que chez le groupe de comparaison. Ces résultats concordent avec ceux de Cadman et al. (1991) et laissent croire que la différence obtenue entre les revenus moyens des deux

groupes est en partie attribuable à la présence d'une plus grande proportion de revenus se situant dans le bas de la courbe de distribution chez les familles du groupe clinique. Outre cette explication, il est possible que la différence obtenue entre les revenus puisse aussi être attribuable à la procédure de recrutement des sujets du groupe de comparaison. En effet, les sujets qui se portent volontaires pour participer à des recherches scientifiques sont susceptibles de provenir de milieux éduqués, sinon aisés. Afin de vérifier si c'était le cas, des données ont été recueillies auprès de Statistique Canada (1998) sur le revenu des familles occupant la région d'Ottawa-Carleton en 1993 et 1994. Ces données indiquent que le revenu familial moyen dans la municipalité régionale d'Ottawa-Carleton s'élevait à 69,826\$ et 70,061\$ lors des deux années où se déroula la présente étude. À première vue, il semble que le revenu familial moyen du groupe de comparaison (81,200\$) soit supérieur à celui des familles de la région d'Ottawa-Carleton. Toutefois, les données fournies par Statistique Canada (1998) ne sont pas en tout point comparables à celle de notre étude et c'est pourquoi il serait imprudent de conclure que les sujets du groupe de comparaison proviennent d'un milieu plus aisé. En effet, aucun écart-type n'a été fourni par Statistique Canada (1998) ce qui rend toute comparaison difficile. De plus, le revenu moyen rapporté ne tient aucunement compte de l'âge des enfants dans la famille. Or, il ne serait pas surprenant que le revenu moyen des familles comptant des adolescents soit plus élevé étant donné que les parents se trouvent à un stade plus avancé de leur carrière et qu'ils ont vraisemblablement vu leur salaire augmenter au fil des années. Cela dit, mentionnons que le groupe de comparaison provenait de 13 municipalités différentes (Ottawa, Gloucester, Orleans, Embrun, Rockland, Hull, etc.) et n'était donc pas concentré dans une municipalité réputée pour son statut socio-

économique élevé.

Perception du fonctionnement psychosocial chez l'adolescent atteint d'épilepsie (hypothèse 1)

L'hypothèse 1 prédisait que les adolescents atteints d'épilepsie auraient une perception plus négative de leur fonctionnement psychosocial que celle des adolescents du groupe de comparaison. Cette hypothèse a été confirmée à plusieurs niveaux.

Sur le plan affectif, les adolescents atteints d'épilepsie ont rapporté un concept de soi global moins élevé que celui des adolescents du groupe de comparaison, ce qui confirme l'hypothèse 1a. Ce résultat va dans le même sens que celui des recherches ayant utilisé un groupe de comparaison formé d'enfants et d'adolescents sains ou atteints d'une autre maladie chronique (Austin, 1989; Austin et al., 1994; Ferrari et al., 1983; Hoare & Mann, 1994; Matthews et al., 1982; Viberg et al., 1987). Cependant, il est important de mentionner que les scores moyens obtenus par les deux groupes de sujets respectent les normes du SDQ-II. De ce point de vue, les résultats de cette étude convergent aussi avec ceux de Westbrook et al. (1992) ainsi que de Hoare et Kerley (1991) qui, eux, avaient observé chez leurs sujets un concept de soi similaire aux normes des instruments de mesure auxquels ils avaient fait appel. Comme l'écart-type du groupe clinique est plus élevé que celui du groupe de comparaison (voir l'appendice N), on peut penser que les adolescents atteints d'épilepsie forment une population hétérogène et que même si la majorité d'entre eux présentent un concept de soi se situant dans les normes, certains sous-groupes seraient susceptibles d'avoir une faible image d'eux-mêmes. En résumé, ces résultats confirment que l'épilepsie a un impact sur la perception qu'ont les adolescents de leur concept de soi: ils perçoivent ce

dernier comme étant moins élevé que celui de leurs pairs sains.

Sur le plan comportemental, la présence de problèmes à ce niveau a été évaluée séparément par les adolescents et leurs parents à l'aide du YSR et du CBCL. L'échelle de problèmes émotifs, qui mesure la présence de symptômes d'anxiété et de dépression, de même que l'échelle de problèmes comportementaux qui, elle, englobe des symptômes d'agressivité, de délinquance et d'hyperactivité, ont été utilisées à cette fin.

Une différence significative est ressortie entre les deux groupes de sujets au niveau de l'échelle de problèmes émotifs. Au dire des adolescents et de leurs parents, les sujets du groupe clinique manifestent plus de problèmes de nature émotive que ceux du groupe de comparaison, ce qui confirme partiellement l'hypothèse 1b. Ces résultats concordent en partie avec ceux d'Apter et al. (1991) et de Howe et al. (1993) qui eux, avaient observé une différence significative uniquement chez les garçons de leur échantillon. Cela s'explique par le fait que, contrairement au plan de comparaison de notre étude, ces auteurs ont tenu compte du sexe des sujets dans leurs analyses de variance. Les résultats de notre étude convergent aussi avec ceux de recherches portant sur des enfants atteints d'épilepsie (Margalit et Heiman, 1985; Matthews et al., 1982; McDermott et al., 1995).

Si l'on examine les scores moyens obtenus par les sujets à l'échelle de problèmes émotifs (voir l'appendice N), on peut constater que ceux-ci se situent à l'intérieur des normes du YSR et du CBCL. Toutefois, il est possible que l'échantillon de cette étude ne soit pas représentatif de celui qui a été employé pour établir les normes du YSR et du CBCL et qu'une comparaison à ces normes ne soit pas des plus appropriées. Lors d'une méta-analyse sur la dépression chez les enfants atteints de maladies chroniques, Bennett (1994) a rapporté

à ce propos qu'il était préférable de comparer les résultats des enfants malades à ceux d'un groupe de comparaison représentatif de la communauté locale, plutôt qu'aux normes des instruments utilisés et ce, même s'il s'agit d'instruments standardisés tels que le CBCL. Cela dit, même si selon les normes du YSR et du CBCL, la plupart des sujets de cette étude ne semblent pas présenter de problèmes émotifs notoires, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre d'entre eux risquent de manifester des difficultés d'ordre clinique et ce, quel que soit leur groupe d'appartenance. Aussi, dans le but d'identifier ce sous-groupe d'individus à risques et déterminer s'il s'avèrait plus important dans le groupe clinique que dans le groupe de comparaison, deux analyses supplémentaires ont été effectuées. Ces analyses ont montré que plusieurs sujets dans chaque groupe manifestaient des problèmes émotifs se situant dans le créneau clinique au YSR et au CBCL. Elles ont aussi révélé que, selon le rapport des parents, le pourcentage de sujets manifestant des problèmes émotifs d'ordre clinique était significativement plus élevé dans le groupe clinique que dans le groupe de comparaison (24.3% vs 7.1%). Ces résultats concordent en ce sens avec ceux d'Hoare et Mann (1994), quoique ces derniers aient utilisé un groupe d'enfants atteints de diabète à titre de groupe de comparaison et un seuil critique supérieur au nôtre (score $T > 65$ au lieu de $T > 63$). Aucune différence significative n'a toutefois été rapportée par les adolescents.

Ces résultats indiquent aussi que parents et adolescents n'adoptent pas la même perspective. En fait, les analyses de variance ont révélé que, quel que soit leur groupe d'appartenance, les parents identifiaient plus de problèmes émotifs chez leurs adolescents que ces derniers. Ces résultats vont à l'encontre de ceux de Stanger et Lewis (1993) ainsi que de Stawski et al. (1995) qui eux, ont trouvé que les adolescents rapportaient plus de problèmes

émotifs et comportementaux que leurs parents, indépendamment de leur état de santé (adolescents sains, atteints d'une maladie chronique ou de problèmes psychiatriques). Ils diffèrent aussi en partie de ceux de l'étude de Canning (1994) dans laquelle les enfants sains ont relevé plus de symptômes de nature émotive que leurs parents. Par contre, tout comme dans notre étude, Canning (1994) a aussi observé que les parents d'enfants atteints d'une maladie chronique surestimaient la présence de problèmes de nature émotive par rapport à leur enfant. Elle attribue cette divergence de perceptions au fait qu'il soit possible d'une part, que les enfants malades minimisent ou nient leurs symptômes dans le cadre de leur adaptation à la maladie et que, d'autre part, leurs parents, sous l'effet du stress ou de la dépression, soient plus enclin à surestimer la présence de problèmes chez leur enfant. Il semble que cette hypothèse puisse s'appliquer dans le cas de notre groupe clinique puisque quelques études (Breslau, Staruch & Mortimer, 1982; Canning et al., 1996; Hoare, 1984b; Levin et Bank, 1991; Silver, Westbrook & Stein, 1998) ont montré que les parents d'enfants atteints d'épilepsie ou autres maladies chroniques manifestent des difficultés psychologiques. Toutefois, l'état de santé mentale des parents n'a pas été évalué dans le cadre de la présente recherche. Par conséquent, cette hypothèse demande à être vérifiée. De plus, cette explication donnée par Canning (1994) ne justifierait pas les résultats obtenus en ce qui concerne la perception des parents et adolescents du groupe de comparaison.

Bennett (1994), quant à lui, a observé, lors de sa méta-analyse sur la dépression, que les parents d'enfants malades signalaient davantage de symptômes dépressifs que leurs enfants, comparativement à ceux des groupes de comparaison. Tout comme Canning (1994), il attribue cette différence de perceptions à la présence possible de déni chez les enfants. Il

évoque aussi la possibilité que les enfants malades utilisent un style de coping répressif. A ce sujet, Drotar, Agle, Eckl et Thompson (1996) ont trouvé que parmi les enfants âgés de 8 à 17 ans qui étaient atteints d'hémophilie, ceux qui utilisaient un style de coping répressif rapportaient moins de symptômes de dépression que ceux qui ne se montraient pas sur la défensive. Par contre, leurs mères les décrivaient comme étant plus anxieux et déprimés comparativement aux mères des enfants qui ne faisaient pas usage de ce style de coping. Il est donc possible que certains adolescents de cette étude aient aussi employé un style de coping répressif et sous-estimé par le fait même la présence de problèmes émotifs par rapport à leurs parents. D'autres recherches seront donc nécessaires afin d'évaluer ces aspects et tenter d'expliquer les résultats des études citées précédemment. Notons cependant, que tous les auteurs de ces études s'accordent à dire qu'il est important de recueillir des informations auprès des adolescents et de leurs parents.

Quant à l'échelle de problèmes comportementaux, les résultats obtenus varient en fonction de la source d'information choisie. Selon le rapport des adolescents, aucune différence significative n'existe entre les deux groupes de sujets, ce qui infirme une partie de l'hypothèse 1b. Cependant, aux yeux des parents, les sujets du groupe clinique présentent plus de problèmes comportementaux que ceux du groupe de comparaison. Cette dernière observation va dans le même sens que celles de certains auteurs (Austin et al., 1994; 1996; Howe et al., 1993) mais diffèrent de celles d'Apter et al. (1991). Il importe toutefois de rappeler que l'étude d'Apter et al. (1991) comportait plusieurs faiblesses pouvant expliquer cette absence de différence entre les groupes (échantillon restreint, par exemple).

Un examen des scores moyens des sujets à l'échelle de problèmes comportementaux

du CBCL (voir l'appendice N) montre que ceux-ci respectent les normes du CBCL. C'est donc dire que même si, aux yeux des parents, les adolescents atteints d'épilepsie présentent plus de problèmes comportementaux que leurs pairs sains, la plupart d'entre eux ne souffrent pas de difficultés notoires. Il n'en demeure pas moins que plusieurs de ces adolescents sont susceptibles de présenter des problèmes d'ordre clinique et qu'il soit important de les identifier. Des analyses supplémentaires ont indiqué notamment que 7% des sujets atteints d'épilepsie manifestaient des problèmes comportementaux d'ordre clinique au CBCL. Par contre, aucun sujet du groupe de comparaison n'était perçu par ses parents comme ayant des problèmes se situant dans le créneau clinique. Ces résultats concordent avec ceux d'Hoare et Mann (1994) qui eux aussi, ont noté une différence significative entre le pourcentage d'enfants atteints d'épilepsie se trouvant dans le créneau clinique et celui de leur groupe de comparaison. Toutefois, il importe de souligner que, dans leur recherche tout comme dans celle de Dorenbaum et al. (1985), le pourcentage d'enfants atteints d'épilepsie ayant des problèmes comportementaux d'ordre clinique était bien plus élevé que dans la présente étude. Leur échantillon différait du nôtre à plusieurs points de vue (âge, par exemple), ce qui pourrait expliquer le fait que ces pourcentages aient été plus élevés. Quant aux rapports des adolescents, aucune différence significative n'est apparue entre les groupes concernant le pourcentage de jeunes se situant dans le créneau clinique. Comme l'ont mentionné Bennett (1994) ainsi que Lavigne et Faier-Routman (1992), les enfants atteints d'une maladie chronique sont plus susceptibles de présenter des problèmes émotifs que des problèmes comportementaux. Cela pourrait peut-être expliquer le fait que les adolescents atteints d'épilepsie n'aient pas rapporté avoir plus de problèmes comportementaux que leurs pairs

sains alors que c'était le cas pour les problèmes émotifs.

En résumé, l'hypothèse 1b n'est que partiellement confirmée puisque les adolescents n'ont pas rapporté avoir plus de problèmes comportementaux (externalizing problems) que leurs pairs sains. Par contre, tout indique que l'épilepsie a un impact sur la perception qu'ont les parents du fonctionnement comportemental de leur enfant; selon eux, ces derniers présentent plus de problèmes émotifs et comportementaux que leurs pairs, dont certains sont d'ordre clinique. Il ressort aussi de ces résultats que les adolescents atteints d'épilepsie ne forment pas une population homogène étant donné que, selon leurs perceptions et celles de leurs parents, un nombre significatif d'entre eux risquent de développer des problèmes émotifs et comportementaux se situant dans le créneau clinique.

Sur le plan du fonctionnement social général, une différence significative est apparue entre les deux groupes de sujets, tant au niveau des compétences sociales des adolescents que de la taille de leur réseau social global. En effet, les adolescents du groupe clinique ont rapporté disposer d'un réseau social plus restreint que celui des adolescents du groupe de comparaison. Cette observation concorde avec celle de Melzer et al. (1989). Cependant, il y a lieu de se demander jusqu'à quel point cette différence statistique a des répercussions sur le plan clinique. Quant aux compétences sociales, les adolescents tout comme leurs parents ont noté que les sujets atteints d'épilepsie possédaient de moins bonnes compétences que leurs pairs sains. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'Apter et al. (1991) et d'Austin et al. (1996). Il importe de souligner cependant, que les scores moyens obtenus par les deux groupes de sujets respectent les normes du YSR et du CBCL. De ce point de vue, ces résultats convergent aussi avec ceux d'Hermann et al. (1981) qui, eux, avaient fait la

même constatation en ce qui concerne les scores moyens obtenus par leurs sujets au CBCL.

Même si, selon la perception des adolescents et de leurs parents, la majorité des sujets de la présente étude ne manifestent pas de problèmes notoires au niveau de leurs compétences sociales, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre d'entre eux sont susceptibles de développer des problèmes d'ordre clinique et que ce nombre risque d'être plus élevé chez les sujets du groupe clinique. C'est ce qu'ont confirmé deux analyses supplémentaires portant sur le pourcentage de sujets ayant un niveau de compétences sociales se trouvant dans le créneau clinique au YSR et au CBCL. Ces analyses ont révélé qu'aux yeux des adolescents et de leurs parents, un plus grand nombre de sujets atteints d'épilepsie se situaient dans le créneau clinique comparativement aux sujets du groupe de comparaison. Il est intéressant de noter qu'aucun des sujets du groupe de comparaison ne se trouvait dans cette catégorie selon le CBCL et qu'un seul d'entre eux s'y situait selon le YSR. Ces chiffres contrastent particulièrement avec ceux du groupe clinique (12.1% des sujets au YSR et 25.7% au CBCL) et confirment que les adolescents atteints d'épilepsie constituent une population plus hétérogène. Il s'avèrera donc essentiel, sur le plan clinique, de s'attarder à ces différences individuelles et de tenter d'identifier les sous-groupes d'adolescents susceptibles de présenter des difficultés importantes.

Outre ces différences entre les groupes, les résultats de ces analyses ont aussi révélé que parents et adolescents adoptaient une perspective significativement différente quant à leur évaluation des compétences sociales; quel que soit leur groupe d'appartenance, les parents ont perçu que leurs adolescents avaient des compétences sociales moins élevées par rapport à l'auto-évaluation qu'en faisaient ces derniers. La Greca et Lemanek (1996) soulignent à ce

propos que l'évaluation que font les parents des compétences sociales de leur enfant malade est souvent différente de celle des enfants et des professeurs. Encore une fois, on peut s'interroger quant aux raisons pouvant expliquer ces divergences de perceptions. D'autres études seront nécessaires afin d'explorer cet aspect de façon plus approfondie et corroborer les résultats de cette hypothèse. Comme le soulignent Nassau et Drotar (1997), le YSR et le CBCL ne mesurent qu'une composante spécifique de ce que Cavell (1990) définit comme étant les compétences sociales, soit l'ajustement social général des adolescents. Il serait donc avantageux de mesurer non seulement cette composante, mais aussi la performance et les habiletés sociales des adolescents. C'est d'ailleurs ce que recommandent Nassau et Drotar (1997) dans un recensement des écrits sur les compétences sociales chez les enfants souffrant d'une maladie chronique impliquant le système nerveux central.

En résumé, l'hypothèse 1c est confirmée puisque les adolescents atteints d'épilepsie ont rapporté détenir un réseau social global plus restreint ainsi que des compétences sociales moins élevées que celles de leurs pairs sains. Outre la confirmation de cette hypothèse, les résultats de cette recherche ont montré que, selon la perception des adolescents et de leurs parents, les sujets atteints d'épilepsie risquent davantage d'avoir des compétences sociales se situant dans le créneau clinique que ceux du groupe de comparaison.

Sur le plan scolaire, les parents ont noté qu'un plus grand pourcentage de sujets du groupe clinique avaient eu recours à une aide spéciale et redoublé une année scolaire, comparativement aux sujets du groupe de comparaison. Ces résultats concordent avec ceux de Westbrook et al. (1991) qui eux aussi, ont rapporté qu'aucun des adolescents de leurs deux groupes de comparaison n'avaient été placés dans une classe spéciale alors que 26% des

adolescents atteints d'épilepsie l'avaient été. De manière générale, les pourcentages d'enfants atteints d'épilepsie ayant eu recours à une aide spéciale varient de 27 % à 35 % (Boyle et al., 1994; Camfield et al., 1993; Hoare & Mann, 1994; McDermott et al., 1995). En ce qui a trait au redoublement scolaire, les pourcentages rapportés se situent entre 29 % et 41 % (Boyle et al., 1994; Camfield et al., 1993; McDermott et al., 1995; Westbrook et al., 1991).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer que ces pourcentages soient plus élevés que ceux de la présente recherche. D'une part, les auteurs ont utilisé différents instruments de mesure et diverses sources d'information. D'autre part, les caractéristiques et la gravité de l'épilepsie varient d'un échantillon à l'autre. Ainsi, certains des sujets de ces études souffraient également d'un autre handicap. Il est important de souligner qu'aucune évaluation systématique et approfondie du rendement académique et du fonctionnement intellectuel de l'adolescent n'a été entreprise dans le cadre de cette recherche. Or, il serait pertinent d'effectuer de telles évaluations afin de comprendre pour quelles raisons les adolescents atteints d'épilepsie ont eu davantage recours à une aide spéciale et redoublé une année au cours de leur scolarité, comparativement à leurs pairs sains.

En ce qui concerne l'obtention d'un emploi, cette partie de l'hypothèse 1d a été infirmée. En effet, aucune différence significative n'est ressortie entre les deux groupes de sujets. Ce résultat va à l'encontre de celui d'Howe et al. (1993) qui, eux, ont noté que les adolescents atteints d'une maladie chronique rapportaient avoir moins d'expérience de travail comparativement à leurs pairs sains.

En résumé, il est possible de conclure que, de manière générale, les adolescents atteints d'épilepsie ont une perception plus négative de leur fonctionnement psychosocial que

celle de leurs pairs sains. Cependant, la vaste majorité d'entre eux s'adaptent bien à leur maladie et ne rencontrent pas de difficultés notoires.

Perception des relations entretenues avec les pairs (hypothèse 2)

L'hypothèse 2 prédisait que les adolescents atteints d'épilepsie auraient une perception plus négative des relations qu'ils entretiennent avec leurs pairs que celle des adolescents du groupe de comparaison. Cette hypothèse n'a été que partiellement confirmée.

D'un point de vue quantitatif, les adolescents du groupe clinique ont rapporté un nombre moins élevé de pairs au sein de leur réseau social comparativement aux adolescents du groupe de comparaison. Ce résultat concorde avec celui de Melzer et al. (1989).

Toutefois, il y a lieu de se demander quelle importance a ce résultat sur le plan clinique. Le fait que les adolescents atteints d'épilepsie dénombrent en moyenne 4.3 pairs au sein de leur réseau social plutôt que 5.7 signifie-t-il qu'ils diffèrent des normes générales et que leurs relations avec leurs pairs soient compromises? En fait, comme le souligne Cloutier (1996), l'ensemble des recherches portant sur l'amitié durant l'adolescence indique que les adolescents ont habituellement cinq bons amis et un ami intime. On peut donc se demander si les adolescents atteints d'épilepsie de cette étude diffèrent de la norme à ce niveau, d'autant plus que trois d'entre eux ont rapporté n'avoir aucun ami parmi les pairs de leur âge. Rappelons cependant que ces résultats proviennent d'un instrument de mesure dont les propriétés psychométriques ne sont pas disponibles; d'autres recherches devront donc être entreprises afin de corroborer ces données.

Quant au pourcentage de temps passé avec les pairs, une différence significative est

également apparue entre les deux groupes de sujets, ce qui confirme l'hypothèse 2a. En effet, les adolescents du groupe clinique ont rapporté passer moins de temps avec leurs pairs en l'absence d'un membre de leur famille. Ces résultats convergent avec ceux de Sillanpää (1992). Cela dit, il y a lieu de s'interroger quant aux raisons pouvant expliquer la présence de ces différences significatives sur le plan quantitatif. Les adolescents du groupe clinique voient-ils moins souvent leurs pairs parce qu'ils sont surprotégés par leurs parents et les côtoient surtout en présence de ces derniers? Ou est-ce plutôt parce que, tel que le suggèrent Richardson et Friedman (1974) ainsi que Howe et al. (1993), ils éprouvent diverses préoccupations par rapport à leurs relations avec ceux-ci et manifestent moins d'initiative? Voilà des questions qui méritent d'être explorées dans les recherches ultérieures.

Quant à l'aspect qualitatif des relations entretenues avec les pairs, l'hypothèse 2b n'a été que partiellement confirmée. En effet, les sujets du groupe clinique ont rapporté détenir un concept de soi social moins élevé que celui des sujets du groupe de comparaison en ce qui a trait à leurs relations avec leurs pairs du même sexe. Cependant, un résultat non significatif, quoique marginal, est apparu en ce qui concerne le concept de soi par rapport aux relations avec les pairs du sexe opposé. Ce dernier résultat concorde avec celui de Westbrook et al. (1991) qui n'ont relevé aucune différence significative quant à la capacité de leurs sujets de développer une relation intime avec un membre du sexe opposé. Soulignons que la moyenne des sujets aux deux sous-échelles de concept de soi social respectent les normes du SDQ-II (voir l'appendice N). Les écarts-type sont toutefois plus élevés dans le groupe clinique, ce qui laisse penser que d'importantes différences intra-groupe existeraient au niveau du concept de soi social par rapport aux deux types de relations.

En ce qui touche à la qualité de la relation avec le meilleur ami, aucune différence significative n'est ressortie entre les deux groupes de sujets: le niveau de satisfaction de même que le niveau de support social perçus étaient semblables dans les deux groupes. C'est donc dire que, lorsqu'ils ont un meilleur ami, les adolescents atteints d'épilepsie perçoivent leur relation avec ce dernier comme étant similaire à celle de leurs pairs sains. Comme l'a observé Claes (1994), de tous les membres du réseau social de l'adolescent, c'est souvent le meilleur ami qui est désigné comme la personne la plus intime et avec laquelle l'adolescent partage le plus d'activités. Il est donc possible que ce soit le cas aussi chez les adolescents atteints d'épilepsie. D'ailleurs, il est intéressant de constater que le niveau de satisfaction éprouvée par les adolescents des deux groupes s'avère élevé ($M = 4.3$ et 4.4 sur une échelle de 1 à 5). Etant donné que ces résultats reposent uniquement sur le rapport des adolescents, il serait avantageux d'obtenir aussi la perspective du meilleur ami ou d'autres sources d'information. Rappelons que 4.3% des adolescents atteints d'épilepsie n'avaient aucun ami. Ce résultat concorde avec celui d'une étude portant sur des adultes atteints d'épilepsie (Upton, 1993) dans laquelle 11% des sujets ont aussi avoué ne pas avoir d'amis. On peut donc penser qu'un certain sous-groupe d'individus atteints d'épilepsie risquent de se sentir isolés au niveau de leurs relations avec leurs pairs et ce, tant au cours de leur adolescence que de leur vie adulte. Notons enfin que la présence de résultats non significatifs dans le cadre de cette hypothèse n'est pas due à un manque de puissance statistique, car en estimant obtenir un effet de taille modéré, le nombre de sujets requis afin d'obtenir une puissance de .80, avec un niveau de signification alpha de .01, est évalué à 96 sujets. C'est donc dire que notre échantillon était assez grand pour détecter des différences entre les deux groupes.

Perception des relations entretenues avec la famille (hypothèse 3)

L'hypothèse 3 prédisait que les adolescents atteints d'épilepsie auraient une perception plus négative des relations qu'ils entretiennent avec leur famille que celle des adolescents du groupe de comparaison. Cette hypothèse n'a été que partiellement confirmée.

D'un point de vue quantitatif, une différence significative est ressortie au niveau de la proportion du réseau social représentée par les membres de la famille. En effet, cette dernière était plus élevée chez les adolescents du groupe clinique que chez ceux du groupe de comparaison. Ce résultat concorde avec celui de Melzer et al. (1989). Une différence significative est également apparue par rapport au pourcentage de temps passé avec la famille. Les adolescents du groupe clinique ont rapporté passer plus de temps avec les membres de leur famille que ceux du groupe de comparaison et ce, que ce soit en la présence ou en l'absence de leurs pairs. L'hypothèse 3a est donc confirmée.

Quant à l'aspect qualitatif, l'hypothèse 3b prédisait que les sujets du groupe clinique auraient une perception plus négative de la dynamique de leur famille que celle des sujets du groupe de comparaison. Afin de vérifier cette hypothèse, les niveaux de cohésion, d'expression, d'indépendance, d'organisation et de contrôle au sein des familles ont été évalués séparément par les adolescents et leurs parents. Une différence significative entre les deux groupes est apparue uniquement à l'échelle d'indépendance. Aux yeux des adolescents et de leurs parents, les familles du groupe clinique manifestent un niveau d'indépendance moins élevé que celui des familles du groupe de comparaison. Ces données permettent donc de conclure qu'il existe davantage de similitudes que de différences entre la dynamique familiale des deux groupes. Ces résultats ne concordent pas avec ceux d'Austin (1988),

Ferrari et al. (1983), Matthews et al. (1982), Ritchie (1981) et Wolman et al. (1994), puisqu'aucune différence significative n'est ressortie entre les deux groupes au niveau de la cohésion et de la communication familiales. Il faut noter cependant que trois de ces études portaient sur un échantillon d'enfants et non d'adolescents. De plus, elles ont toutes fait appel à d'autres instruments de mesure que le FES afin d'évaluer le fonctionnement familial.

Outre cette différence entre les groupes au niveau de l'échelle d'indépendance, les résultats de la présente étude ont aussi révélé que parents et adolescents adoptaient une perspective distincte quant à leur évaluation du niveau de communication familiale; quel que soit leur groupe d'appartenance, les parents ont rapporté un niveau d'expression familiale plus élevé que celui de leurs adolescents. Etant donné que l'échelle d'expression familiale évalue jusqu'à point les membres de la famille s'encourageant à exprimer ouvertement et directement leurs émotions, on peut penser que cette différence de perceptions entre les parents et les adolescents reflète peut-être le fait que les adolescents se sentiraient moins disposés à partager leurs sentiments et préoccupations avec les membres de leur famille. Parents et adolescents s'accordaient toutefois quant à leurs perceptions des quatre autres dimensions de la dynamique familiale mesurées. Un examen des scores moyens obtenus à chacune des échelles du FES révèle que ces derniers se situent à l'intérieur des normes du FES. C'est donc dire que même si quelques différences existent entre les groupes et les sources d'information, la majorité des familles de cette étude ne présentent pas de difficultés majeures au niveau de leur fonctionnement.

Bien que cette étude n'ait pas évalué la présence de surprotection ou de toute autre forme de contrôle exercée par les parents, certains de ses résultats laissent entrevoir la

possibilité que de tels phénomènes soient présents au sein des familles du groupe clinique.

En effet, non seulement les membres de la famille occupent-ils une place privilégiée dans le réseau social des adolescents atteints d'épilepsie, mais ils passent plus de temps avec eux que ceux du groupe de comparaison. De plus, ils prennent moins de décisions par eux-mêmes et s'affirment moins de façon individuelle que ceux du groupe de comparaison. Par conséquent, on peut se demander jusqu'à quel point les adolescents atteints d'épilepsie peuvent s'émanciper de la tutelle parentale et développer leur autonomie dans un tel climat familial. D'autres recherches seront donc nécessaires afin d'explorer cet aspect. Il serait avantageux notamment d'observer les interactions entre les membres de la famille, tel que l'a fait Ritchie (1981). Une telle procédure permettrait de déterminer si le style parental, et plus particulièrement celui de la mère, est différent dans les deux groupes de sujets comme le laissent entendre certaines recherches sur les enfants atteints d'épilepsie.

Cela dit, des analyses supplémentaires ont été effectuées afin de comparer les niveaux de support et de satisfaction perçus par les adolescents des deux groupes dans leurs relations avec leur mère et leur père. Aucune différence significative n'est ressortie entre le groupe clinique et le groupe de comparaison. C'est donc dire que même si les parents des sujets du groupe clinique adoptent peut-être un style parental différent, leurs adolescents sont satisfaits des relations entretenues avec eux. Il importe toutefois de souligner que trois des variables mesurées au cours de ces analyses avaient une distribution asymétrique négative et ont dûes être transformées. Il serait donc de mise d'utiliser également d'autres instruments de mesure permettant entre autres, d'évaluer les interactions dyadiques (The Family Assessment Measure: Dyadic Relationship Scale, par exemple) et d'obtenir la perspective de plusieurs

sources d'information à la fois.

Somme toute, l'ensemble des résultats sur le fonctionnement individuel et familial des sujets permet de conclure que les adolescents du groupe clinique diffèrent de ceux du groupe de comparaison à plusieurs points de vue. Non seulement ont-ils une perception plus négative de leur fonctionnement émotif et comportemental que celle des adolescents sains, mais ils perçoivent certains aspects de leurs relations sociales avec leurs pairs et leur famille de manière différente; c'est le cas notamment de la fréquence de leurs contacts avec ces derniers et de la taille de leur réseau social. Par contre, les résultats concernant la perception qu'ont les adolescents de la qualité de leurs relations avec leurs pairs et leur famille révèlent que de ce point de vue, les deux groupes de sujets partagent davantage de similitudes que de différences. Il n'en reste pas moins qu'aux yeux des adolescents et de leurs parents, les familles du groupe clinique manifestent un niveau d'indépendance moins élevé que celui des familles du groupe de comparaison et que ce résultat peut avoir des répercussions sur le plan clinique. De manière générale, il semble que les sujets atteints d'épilepsie forment un groupe plus hétérogène puisqu'un plus grand nombre d'entre eux ont rapporté manifester des problèmes d'ordre clinique comparativement aux sujets du groupe de comparaison.

Il est important de rappeler qu'afin d'explorer l'influence possible du niveau socio-économique sur les résultats des hypothèses 1 à 3, un sous-échantillon de 112 sujets a été formé de manière à ce que les scores moyens du revenu familial des deux groupes de sujets

soient équivalents. Puis, des analyses statistiques identiques à celles effectuées avec l'échantillon initial de 140 sujets ont été entreprises. Quelques-uns des résultats significatifs obtenus avec l'échantillon de 140 sujets ne l'étaient plus avec ce sous-échantillon (voir l'appendice O). Cela suggère que certaines des différences significatives obtenues au niveau du fonctionnement psychosocial des deux groupes de sujets de l'échantillon initial pourraient être attribuables à la différence de revenu familial existant entre ces deux groupes de sujets. Comme la plupart des résultats obtenus avec le sous-échantillon de 112 sujets et l'échantillon initial demeurent essentiellement invariables, il est raisonnable d'attribuer les différences existant au niveau du fonctionnement psychosocial au fait que les adolescents du groupe clinique soient atteints d'épilepsie et non nécessairement au fait qu'ils aient un revenu familial moins élevé. Rappelons enfin que Cadman et al. (1991) ont montré qu'en Ontario, la présence d'une maladie chronique chez l'enfant est souvent associée à un faible revenu familial. De plus, plusieurs chercheurs dans le domaine de l'épilepsie ont noté qu'une partie importante des enfants atteints de cette maladie provenaient d'un milieu socio-économique peu élevé (Carlton-Ford et al., 1995; Hoare & Mann, 1994; Hodgman et al., 1979; Mitchell et al., 1994; Westbrook et al., 1992).

Facteurs prédicteurs du fonctionnement psychosocial (questions de recherche 1 à 3)

La présente étude visait non seulement à évaluer l'impact de l'épilepsie sur le fonctionnement familial et individuel des adolescents qui en sont atteints, mais elle avait aussi pour objectif de déterminer quels facteurs avaient un effet sur la perception qu'ont les adolescents de leur concept de soi et de leur fonctionnement psychosocial. Trois types de

facteurs ont été explorés chez les deux groupes de sujets, soit les facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux. L'échelle de concept de soi global du SDQ-II et les trois échelles du YSR mesurant les problèmes émotifs, les problèmes comportementaux et les compétences sociales des adolescents ont servi de variables dépendantes lors des analyses de régressions multiples. L'ensemble des résultats de ces analyses a démontré que le pouvoir prédictif des facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux fluctuait en fonction de la variable dépendante mesurée.

Facteurs socio-démographiques prédictifs du fonctionnement psychosocial des adolescents

La question de recherche 1 avait pour but de déterminer si des facteurs socio-démographiques, tels que le sexe et l'âge de l'adolescent de même que le revenu annuel de sa famille, avaient un effet significatif sur son fonctionnement psychosocial. Les résultats des analyses ont révélé que la contribution de ces facteurs variait en fonction de la variable dépendante mesurée. En effet, selon la perception des adolescents du groupe clinique et du groupe de comparaison, aucun facteur socio-démographique ne prédit la présence de problèmes émotifs et comportementaux. Par contre, l'âge et l'appartenance au groupe contribuent significativement à expliquer la variance totale des compétences sociales. Quant au concept de soi, l'interaction entre les variables sexe et groupe prédit un certain pourcentage de sa variance lorsque les facteurs reliés à l'âge et au revenu familial sont aussi inclus dans la régression.

Ces résultats donnent lieu à plusieurs observations et interprétations. De façon générale, on peut conclure que les facteurs socio-démographiques contribuent peu à prédire la

perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial et ce, tant chez les sujets du groupe clinique que chez ceux du groupe de comparaison. En effet, les pourcentages de variance expliqués sont relativement faibles et concordent en ce sens avec ceux rapportés dans d'autres recherches sur l'épilepsie (Austin, 1992; Hermann et al., 1992). Toutefois, il est possible qu'à certains niveaux, l'absence de résultats significatifs soit due à un manque de puissance statistique.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'absence de lien entre le revenu familial et le fonctionnement psychosocial, ces résultats concordent avec ceux de Gortmaker et al. (1990) mais vont à l'encontre de ceux de Carlton-Ford et al. (1995), Hermann et al. (1989; 1992) et McDermott et al. (1995). Il faut souligner cependant que les données de ces recherches sont basées sur le rapport des parents et non des adolescents. De plus, elles portent toutes sur un échantillon d'enfants, dont certains étaient atteints non seulement d'épilepsie mais aussi d'un autre handicap. Il est donc difficile de comparer ces résultats à ceux de la présente recherche. Cela dit, il serait important dans les recherches à venir de tenir compte non seulement du revenu familial, mais aussi d'autres composantes du statut socio-économique des familles (occupation professionnelle et niveau d'éducation des parents, par exemple) afin de vérifier si tout comme dans les recherches sur les enfants (Austin, 1988; Austin et al., 1992; Hoare et Mann, 1994; Perrin et al., 1993), ces composantes particulières du statut socio-économique ne prédisent pas le fonctionnement psychosocial des adolescents.

En ce qui a trait à l'influence de l'âge, les résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux d'Howe et al. (1993) ainsi que Westbrook et al. (1992) qui, eux aussi, n'avaient noté aucun lien entre l'âge des adolescents et leur concept de soi de même que leur

fonctionnement comportemental. Ils concordent également avec ceux de la majorité des études portant sur une population d'enfants atteints d'épilepsie. Par contre, les résultats de la présente recherche fournissent un nouvel apport en ce qui touche à l'influence de l'âge sur les compétences sociales. En effet, à notre connaissance, aucune étude n'a exploré la présence d'un lien entre ces deux variables chez les individus atteints d'épilepsie. Or, les résultats de cette recherche ont montré que selon le rapport des adolescents des deux groupes, plus l'âge augmente, plus les compétences sociales s'améliorent. On peut penser que cette observation s'inscrit dans une perspective développementale. En effet, au début de leur adolescence, les jeunes ont à accomplir plusieurs tâches développementales reliées à leur processus de socialisation (investissement plus intense dans les relations avec les pairs et émancipation de l'influence familiale); il est possible qu'ils se sentent moins compétents à ce moment-là et s'auto-évaluent plus sévèrement qu'à la fin de l'adolescence. Il se peut aussi que ce résultat soit le reflet des changements qui s'opèrent au niveau des cognitions sociales; les adolescents plus âgés évalueraient leurs compétences sociales selon des critères différents de ceux des plus jeunes. Ces explications demandent toutefois à être vérifiées à l'aide d'études longitudinales. D'autres recherches seront donc nécessaires afin de clarifier ces aspects. Il serait pertinent notamment de vérifier si l'âge exerce une influence similaire sur les autres composantes des compétences sociales définies par Cavell (1990).

Quant à l'impact du sexe de l'adolescent, les données obtenues dans cette étude vont dans le même sens que celles de Perrin et al. (1993). En effet, ces auteurs avaient trouvé que le sexe des enfants ne prédisait aucunement la perception qu'avaient ces derniers de leur fonctionnement psychosocial et ce, quel que soit leur état de santé (enfant sain vs enfant

atteint d'épilepsie ou d'une autre maladie chronique). Par contre, les résultats obtenus concernant la prédiction du concept de soi ressortent comme étant exclusifs à cette étude. En effet, une interaction significative est apparue entre le sexe et l'appartenance au groupe; dans le groupe clinique, les filles ont rapporté un concept de soi moins élevé que celui des garçons, alors que le contraire s'est produit dans le groupe de comparaison. Il importe de souligner que cet effet d'interaction n'était présent qu'une fois les facteurs reliés à l'âge et au revenu familial également entrés dans la régression. En fait, les facteurs reliés à l'âge et au revenu ont exercé un effet de suppression sur l'interaction entre le sexe et l'appartenance au groupe. Cela signifie plus précisément que ces facteurs ont contribué à augmenter le pourcentage de la variance totale du concept de soi expliqué par l'interaction entre le sexe et le groupe en "supprimant" toute variance non pertinente à la prédiction de cette variable dépendante (Tabachnick & Fidell, 1989). Autrement dit, les facteurs reliés à l'âge et au revenu ont "purifié" la relation existant entre le concept de soi et le vecteur d'interaction sexe par groupe, à cause de leur corrélation avec ce facteur prédictif (Pedhazur, 1997). Un tel phénomène est difficile à interpréter à la lumière du recensement des écrits. Il est possible qu'il soit le produit d'erreurs de mesure. Cela dit, il est intéressant de noter que les scores moyens obtenus au SDQ-II par les garçons et les filles des deux groupes de sujets demeurent dans les normes. On peut donc se demander si, sur le plan clinique, un de ces sous-groupes représente une population à risque. Il ne semble pas que ce soit le cas, d'autant plus qu'aucun effet du sexe n'est ressorti lors de la régression finale visant à prédire le concept de soi à partir de l'ensemble des facteurs socio-démographiques, environnementaux et médicaux.

Facteurs environnementaux prédicteurs du fonctionnement psychosocial des adolescents

La question de recherche 2 visait à déterminer si des facteurs environnementaux avaient un effet significatif sur la perception qu'a l'adolescent de son fonctionnement psychosocial.

De façon plus spécifique, la question de recherche 2a avait pour but de déterminer si des facteurs reliés aux perceptions qu'a l'adolescent de ses relations avec ses pairs avaient un effet significatif sur son fonctionnement psychosocial. Quatre facteurs ont été évalués, soit les niveaux de support et de satisfaction perçus dans la relation avec le meilleur ami, la taille du réseau social des pairs et le pourcentage de temps passé avec ces derniers. Les résultats des analyses de régression ont montré que la contribution de ces facteurs fluctuait en fonction de la variable dépendante mesurée. Selon la perception des adolescents des deux groupes, aucun de ces facteurs ne prédit la présence de problèmes émotifs et comportementaux. Quant aux compétences sociales, seule la taille du réseau social des pairs contribue à expliquer un certain pourcentage de sa variance; plus la taille du réseau social des pairs augmente, plus les compétences sociales des adolescents s'améliorent et ce, quel que soit leur groupe d'appartenance. Enfin, une interaction significative entre le pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe prédit le concept de soi. Plus les adolescents atteints d'épilepsie passent de temps avec leurs pairs, plus leur concept de soi s'avère élevé. Par contre, chez les sujets du groupe de comparaison, le concept de soi diminue lorsque le pourcentage de temps partagé avec les pairs augmente.

Comme on peut le remarquer, seuls les facteurs reliés à l'aspect quantitatif des relations avec les pairs se sont révélés prédicteurs de certaines composantes du

fonctionnement psychosocial des adolescents. Il faut souligner cependant que les pourcentages de variance expliqués s'avèrent peu élevés (12% et 18%). En général, l'ensemble de ces résultats concorde avec les résultats des quelques études portant sur d'autres types de population. En effet, Upton (1993) a aussi observé que, chez les adultes atteints d'épilepsie, la taille du réseau social des pairs n'était aucunement reliée à la perception qu'avaient ces derniers de leur fonctionnement émotif. Pour sa part, Claes (1994) a également remarqué que l'adaptation psychologique d'adolescents sains n'était pas corrélée à la taille de leur réseau social. Contrairement à notre étude, ces auteurs n'ont pas exploré le lien existant entre la taille du réseau social des pairs et les compétences sociales de leurs sujets. La présence, dans notre étude, d'un lien significatif entre ces deux variables n'est pas surprenant si l'on tient compte du fait que certaines questions de l'échelle de compétences sociales du YSR ont trait spécifiquement au nombre d'amis qu'ont les adolescents. Il serait donc pertinent d'évaluer les compétences sociales à l'aide d'autres instruments de mesure plus nuancés que le YSR et d'évaluer l'impact de la taille du réseau social des pairs sur ces dernières.

En ce qui a trait aux facteurs décrivant la qualité de la relation avec le meilleur ami (satisfaction et support social perçus), on aurait pu s'attendre à ce qu'ils aient un effet protecteur sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent atteint d'épilepsie. En effet, comme le souligne Berndt (1989), plusieurs théoriciens pensent que le simple fait qu'un individu ait l'impression d'avoir accès à du support de la part de ses amis diminuerait les effets néfastes du stress sur lui. Or, les résultats des régressions multiples ont montré que la qualité de la relation avec le meilleur ami n'avait aucun impact significatif sur le

fonctionnement psychosocial des adolescents. Ces résultats concordent en ce sens avec ceux d'Upton (1993) et de Varni et al. (1992). Plusieurs facteurs, d'ordre théorique et statistique, pourraient expliquer cette absence de résultat significatif.

D'un point de vue théorique, Berndt (1989) note que certaines conditions doivent être remplies afin que le support social que perçoit l'enfant dans une relation d'amitié ait un effet bénéfique sur son ajustement. Face à une situation stressante, l'enfant doit être capable d'aller rechercher le support que mettent à sa disposition ses amis. De plus, le type de support alors fourni par les amis doit pouvoir répondre à ses besoins et l'aider à faire face efficacement à cette situation de stress. Ainsi, un enfant ayant de la difficulté à compléter ses devoirs devra être capable de prendre l'initiative d'aller poser des questions à son ami, et celui-ci d'y répondre. Or, dans cette recherche, on n'a mesuré ni les situations de stress auxquelles sont confrontés les adolescents des deux groupes, ni les processus par lesquels ils vont rechercher le support qui leur est nécessaire auprès de leur meilleur ami. Il est possible que le support perçu dans la relation avec le meilleur ami ait un effet direct sur les stratégies de coping qu'utilise l'adolescent pour faire face au stress, et non sur son concept de soi ou son ajustement psychosocial. Etant donné que selon l'étude de Westbrook et al. (1991), la majorité des adolescents atteints d'épilepsie ne dévoilent pas leur état de santé à leurs amis, on peut penser que s'ils font face à une situation stressante liée à leur maladie, ils ne seront pas enclin à aller chercher du support auprès de leur meilleur ami puisque celui-ci ne connaît aucunement leur situation. D'autres recherches seront donc nécessaires afin d'explorer ces dimensions.

D'un point de vue statistique, il se peut que l'absence de résultats significatifs ait été

due aux caractéristiques des facteurs étudiés. En effet, les scores obtenus aux échelles de satisfaction et de support social étaient plutôt uniformes et ont dus être transformés à cause de leur distribution asymétrique négative; il est possible que le manque de variabilité dans ces scores ait empêché de détecter des effets significatifs lors des analyses de régression. A titre d'exemple, la majorité des sujets ont rapporté être très satisfaits de leur relation avec leur meilleur ami; l'écart-type pour cette variable était relativement petit chez les deux groupes de sujets (voir l'appendice N). On peut donc penser que l'utilisation d'un autre instrument de mesure plus nuancé aurait peut-être produit des résultats différents.

En ce qui concerne l'effet sur le concept de soi de l'interaction entre le facteur pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe, ce résultat s'avère plus difficile à interpréter. En fait, il est difficile d'expliquer pour quelles raisons, chez les adolescents sains, le concept de soi diminuerait lorsque le pourcentage de temps partagé avec les pairs augmente. Serait-ce que les adolescents qui partagent beaucoup de temps avec leurs pairs éprouvent plus de problèmes que ceux qui en passent moins? Consacreraient-ils plus de temps à leurs relations avec leurs pairs afin de se distraire et éviter ainsi de faire face à leurs propres problèmes? Cela est difficile à déterminer puisque, lorsque le concept de soi a été calculé en fonction du temps passé avec les pairs, une transformation de cette variable a due été employée. Il n'est donc pas possible de comparer les scores des sujets aux normes du SDQ-II et de vérifier si les adolescents qui ont rapporté passer plus de temps avec leurs pairs ont un concept de soi significativement inférieur par rapport aux normes du SDQ-II. Ceci dit, il se peut que la présence de l'interaction significative entre le pourcentage de temps passé avec les pairs et l'appartenance au groupe soit due à une erreur de mesure. Enfin, il

est important de souligner que lors de la régression finale visant à prédire le concept de soi à partir de l'ensemble des facteurs de cette étude, aucun effet d'interaction semblable à celui-ci n'est apparu. En fait, les résultats de cette régression finale ont révélé que plus les sujets passaient de temps avec leurs pairs, plus leur concept de soi s'avèrait élevé et ce, qu'ils appartiennent au groupe clinique ou au groupe de comparaison. Etant donné qu'aucune étude empirique ou théorique n'a, à notre connaissance, établi un lien similaire entre ces deux variables, il s'avère difficile d'interpréter les processus qui pourraient être en cause et expliquer la présence de cette relation significative entre ces variables.

La question de recherche 2b visait à déterminer si des facteurs reliés à la dynamique familiale avaient un effet significatif sur la perception qu'ont les adolescents de leur fonctionnement psychosocial. Cinq facteurs ayant trait à la qualité des relations entretenues entre les membres de la famille et un facteur d'ordre quantitatif, soit le pourcentage de temps passé avec la famille, ont été choisis à titre de variables dépendantes. Les résultats des analyses de régressions ont révélé que seuls les facteurs qualitatifs exerçaient une influence sur la perception qu'avait l'adolescent de son fonctionnement psychosocial. En effet, selon le rapport des adolescents des deux groupes, les niveaux de cohésion et d'indépendance familiales prédisent de manière significative la présence de problèmes émotifs. Les niveaux de cohésion et de contrôle contribuent quant à eux à expliquer la présence de problèmes comportementaux. Enfin, les niveaux d'expression et d'organisation familiales de même que l'appartenance au groupe prédisent le concept de soi de l'adolescent.

Plusieurs observations et interprétations découlent de ces résultats. Tout d'abord, on remarque que les facteurs familiaux ont un pouvoir prédicteur similaire chez les deux

groupes de sujets. Perrin et al. (1993) ont fait la même constatation lorsqu'ils ont analysé l'influence de ces facteurs sur l'adaptation psychosociale d'enfants sains et atteints de diverses maladies chroniques (épilepsie, paralysie cérébrale, etc.). Tout comme dans leur recherche, il ressort aussi que les facteurs reliés aux différentes dimensions de la dynamique familiale n'agissent pas de façon isolée. Ainsi, la présence à la fois de cohésion et d'indépendance sont nécessaires au sein de la famille, afin de diminuer les risques qu'un adolescent développe des problèmes émotifs. Cette observation a des implications sur le plan clinique; elle sous-entend qu'afin d'aider un adolescent présentant des problèmes d'ordre clinique, l'intervenant devra évaluer les différentes dimensions de la dynamique de la famille de ce dernier et intervenir de façon à amener un changement au niveau des dimensions susceptibles d'améliorer le comportement de l'adolescent référé. Ainsi, l'intervenant visera au besoin à augmenter les niveaux de cohésion et d'indépendance chez les familles des adolescents manifestant des problèmes émotifs, et les niveaux d'expression et d'organisation chez les familles d'adolescents présentant un faible concept de soi.

En général, les résultats de cette étude concordent avec ceux des quelques autres recherches dans le domaine. De plus, les pourcentages de variance expliqués demeurent similaires à ceux retrouvés dans ces recherches. Toutefois, contrairement aux études de Varni et al. (1996) et de Wallander et al. (1989), aucun des facteurs familiaux analysés n'a contribué à expliquer de manière significative la variance totale des compétences sociales. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces résultats contradictoires, dont le fait que ces deux études portent sur une population différente et reposent sur le rapport des parents et non des enfants. Comme à notre connaissance, aucune autre recherche n'a porté sur le lien pouvant

exister entre le pourcentage de temps que passe l'adolescent avec sa famille et la perception qu'il a de son fonctionnement psychosocial, il est difficile de se prononcer quant aux raisons pouvant expliquer l'absence de résultats significatifs à ce niveau.

Facteurs médicaux prédictors du fonctionnement psychosocial des adolescents

La question de recherche 3 avait pour but de déterminer si des facteurs médicaux reliés à l'état de santé général de l'adolescent de même qu'à l'épilepsie et à son traitement avaient un effet significatif sur son fonctionnement psychosocial.

En ce qui concerne les facteurs médicaux reliés à l'état de santé général des adolescents, cette partie de la question de recherche n'a été que partiellement évaluée et confirmée. En effet, il n'a été possible d'explorer qu'un seul des facteurs médicaux communs aux deux groupes de sujets, soit le taux d'absentéisme scolaire de l'adolescent. Or, les analyses de régression incluant le taux d'absentéisme scolaire ont révélé que seul le concept de soi pouvait être expliqué par ce type de facteurs. Elles ont montré que lorsque le taux d'absentéisme augmente, le concept de soi de l'adolescent diminue et ce, quel que soit son groupe d'appartenance. Ces résultats vont à l'encontre de ceux de Pendley et al. (1997) qui eux, n'ont trouvé aucune corrélation significative entre le taux d'absentéisme et l'image corporelle d'adolescents atteints de cancer. Il importe de souligner que ces auteurs ont mesuré le taux d'absentéisme au cours du mois précédant la collecte de leurs données, alors que la présente étude couvre une période d'un an.

En ce qui touche à l'interprétation de la relation entre l'absentéisme scolaire et le concept de soi, on peut penser que des facteurs tels que le stress causé par le fait d'aller à

l'école, soient davantage à l'origine du lien entre ces variables que la présence comme telle de l'épilepsie. En effet, une étude sur la santé mentale des adolescents canadiens a révélé que l'école constituait une des sources de stress les plus importantes dans la vie des adolescents (Davidson & Manion, 1996). Il se peut donc que les adolescents particulièrement stressés à l'école aient une moins bonne image d'eux-mêmes et manquent leur cours afin d'éviter de faire face à ce stress. Il faut souligner toutefois qu'aucun des adolescents de cette étude n'a obtenu un taux particulièrement élevé d'absentéisme. De plus, la majorité d'entre eux ont rapporté avoir un concept de soi se situant dans les normes du SDQ-II. On peut donc se demander jusqu'à quel point cette interprétation est plausible. Il est possible aussi que ce résultat soit le fruit d'une erreur de mesure. Soulignons à ce propos que plusieurs sujets ont rapporté trouver difficile d'évaluer sur une base annuelle le nombre moyen de jours d'absence en classe. Il serait peut-être avantageux d'évaluer le taux d'absentéisme sur une période de temps plus limitée et d'avoir recours à des sources d'information plus objectives (bulletin scolaire, par exemple).

En ce qui a trait aux facteurs médicaux reliés à l'épilepsie et à son traitement, cette partie de la question de recherche 3 a été infirmée. En effet, aucun des trois facteurs médicaux analysés lors des régressions multiples n'est ressorti comme contribuant significativement au fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie, que ce soit de manière directe ou indirecte, via le concept de soi. Il faut toutefois souligner que comparativement aux autres régressions, ces analyses portaient seulement sur la moitié de l'échantillon de cette étude, soit 70 sujets au lieu de 140. Aussi est-il fort possible que l'absence de résultats significatifs soit due à un manque de puissance statistique. En effet, en

estimant obtenir un effet de taille modéré dans le cadre de ces analyses, il aurait fallu inclure au total 109 sujets afin d'obtenir une puissance statistique de .80 compte-tenu du niveau de signification alpha pré-établi ($\alpha = .01$). Soulignons cependant que tous les adolescents atteints d'épilepsie de la région d'Ottawa-Carleton ont été recrutés lors de cette étude et qu'il aurait été difficile d'obtenir un nombre de sujets plus élevé au sein du groupe clinique.

Outre le manque de puissance statistique, il est possible que l'absence d'effet significatif de certains facteurs soit due aux faiblesses des instruments de mesure employés pour les évaluer. A titre d'exemple, la question posée concernant la présence d'une crise épileptique en public n'était pas circonscrite dans le temps. Par conséquent, 74 % des sujets ont répondu qu'ils avaient déjà eu une crise en public à un moment ou un autre de leur vie. On peut penser que si l'on avait posé la même question en restreignant la période où les sujets devaient évaluer la présence de crises en public aux 12 mois précédant la collecte de données, les scores obtenus auraient été moins uniformes.

Cela dit, il est possible qu'indépendamment des limites de cette recherche, les facteurs médicaux aient réellement peu d'influence sur le fonctionnement psychosocial des adolescents. Rappelons que les résultats de l'étude de Pianta et Lothman (1994) abondent en ce sens. Bien qu'ils aient utilisé une autre échelle de gravité que la nôtre, ces auteurs ont observé que la gravité de l'épilepsie ne prédisait aucunement la perception qu'avaient les parents du fonctionnement comportemental de leur enfant. Ils ont aussi constaté, tout comme Austin (1988), Austin et al. (1992) ainsi que Hoare (1984a), qu'aucun lien significatif n'était présent entre l'âge d'apparition des crises et les perceptions qu'avaient les parents de l'adaptation de leur enfant. D'autres recherches seront toutefois nécessaires afin de

confirmer ces résultats.

Il serait pertinent, dans le cadre de ces recherches, d'obtenir non seulement des données objectives sur les caractéristiques de l'épilepsie et de son traitement (âge d'apparition des crises, nombre de médicaments prescrits, etc.), mais aussi des données plus subjectives sur la façon dont l'adolescent perçoit que sa maladie affecte sa vie quotidienne. En effet, il est possible que contrairement aux facteurs médicaux mesurés de manière objective, les facteurs subjectifs aient une influence importante sur les perceptions qu'a l'adolescent de son fonctionnement psychosocial. Il se peut, par exemple, que le fait de craindre d'avoir une crise épileptique devant ses pairs ait davantage d'impact sur la perception qu'a l'adolescent de son fonctionnement psychosocial que le fait d'avoir eu ou de ne pas avoir eu de crises en public. Wildrick, Parkey-Fisher et Morales (1996) ont d'ailleurs noté dans leur étude que plusieurs des adolescents dont l'épilepsie était totalement contrôlée rapportaient se sentir préoccupés par cet aspect et redouter d'avoir une crise devant leurs amis. Pour leur part, Richardson et Friedman (1974) ont observé que les adolescents atteints d'épilepsie craignaient la réaction de leurs compagnons de classe lors de l'apparition éventuelle d'une crise épileptique. Quant à Westbrook et al. (1992), ils ont remarqué que les adolescents étaient susceptibles de se sentir stigmatisés par leur épilepsie et que les sentiments qu'ils éprouvaient à cet égard prédisaient de manière significative leur estime de soi. En fait, les sujets qui percevaient la présence d'un stigma avaient tendance à rapporter une plus faible estime d'eux-mêmes. Comme tous ces facteurs subjectifs ont rarement été explorés, ils méritent qu'on s'y attarde dans les recherches ultérieures.

Concept de soi et fonctionnement psychosocial

Afin de vérifier si, tel que le suggère le modèle théorique de cette recherche, le concept de soi prédit le fonctionnement psychosocial de l'adolescent, trois régressions supplémentaires ont été effectuées. Elles ont confirmé que l'image que se fait l'adolescent de son concept de soi prédit de manière significative la perception qu'il a de son fonctionnement psychosocial; plus son concept de soi est élevé, moins l'adolescent rapporte éprouver de difficultés au niveau de son fonctionnement psychosocial. Toutefois, on remarque que les pourcentages de variance expliqués par le concept de soi demeurent relativement peu élevés et ce, particulièrement en ce qui concerne la variance totale des problèmes comportementaux. Enfin, il est intéressant de constater que l'effet du concept de soi est le même chez les deux groupes de sujets.

Afin de répondre au dernier objectif de la présente étude et déterminer si un type de facteurs plutôt qu'un autre prédit davantage le fonctionnement psychosocial et le concept de soi des adolescents des deux groupes, une dernière série de régressions multiples a été effectuée. Plusieurs conclusions peuvent être tirées des résultats de ces analyses sur l'ensemble des facteurs prédicteurs. Tout d'abord, il est possible d'affirmer que l'importance relative des différents facteurs en jeu dans la prédiction du fonctionnement psychosocial fluctue en fonction de la variable dépendante mesurée. On peut aussi conclure que l'effet de ces facteurs est le même chez les deux groupes de sujets. Cela implique que le modèle théorique de Pless et Pinkerton (1975) pourrait servir à expliquer autant le fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie que celui de leurs pairs sains. Tel que le suggère ce modèle, les résultats des analyses permettent d'affirmer que le concept de soi joue

un rôle de premier plan dans la prédiction des problèmes émotifs et des compétences sociales. Par contre, il ne semble pas que ce soit le cas en ce qui touche à la prédiction des problèmes comportementaux, deux des facteurs familiaux s'étant avérés avoir une influence aussi importante que celle du concept de soi. Les résultats des analyses de régression permettent aussi d'affirmer que certains facteurs ont une influence à la fois directe et indirecte (via le concept de soi) sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent. C'est le cas notamment des facteurs familiaux. Enfin, on peut conclure que, parmi tous les facteurs étudiés, ceux qui ont trait à l'environnement social de l'adolescent (pairs, famille) ressortent comme étant les plus importants dans la prédiction des problèmes comportementaux, des compétences sociales et du concept de soi. En effet, aucun des facteurs socio-démographiques et médicaux ne s'est révélé susceptible de prédire ces variables lorsque les facteurs des autres catégories (facteurs environnementaux, concept de soi) étaient inclus en même temps lors des régressions. Ces résultats concordent en ce sens avec ceux d'Austin et al. (1992) qui, eux, ont évalué l'importance relative de facteurs familiaux, socio-démographiques et médicaux.

Il est important de souligner que les pourcentages de variance expliqués par l'ensemble des facteurs de cette étude s'avèrent relativement faibles ou modérés puisqu'ils oscillent de 14 % à 28 % selon la variable dépendante en jeu. Par conséquent, d'autres facteurs sont susceptibles de rendre compte du pourcentage de la variance qui reste non expliquée par les facteurs prédictors de cette étude. Parmi ces derniers, il serait important de s'attarder à la perception subjective qu'a l'adolescent de son état de santé, aux événements stressants auxquels il est confronté, à son style de coping et aux processus cognitifs qui y

sont reliés (attentes, locus de contrôle, par exemple), ainsi qu'à divers facteurs environnementaux, tels que l'ajustement psychologique de ses parents et leur niveau de satisfaction maritale. En effet, ces facteurs sont ressortis comme étant importants dans des recherches sur d'autres maladies chroniques. Il serait intéressant aussi de s'attarder à la perception subjective qu'ont les parents de l'état de santé de leur adolescent de même qu'à la perception générale qu'a la communauté de l'épilepsie. En effet, on connaît très peu l'attitude actuelle des divers membres de la communauté (professeurs, employeurs, par exemple) face à l'épilepsie et l'impact que peut avoir cette dernière sur le fonctionnement individuel des adolescents qui en sont atteints.

Limites de la recherche

La présente recherche comporte plusieurs limites, dont les principales ont trait à l'échantillon et aux instruments de mesure choisis.

En ce qui concerne l'échantillon, cette étude n'a pas échappé à l'un des obstacles inhérents aux recherches portant sur une population clinique, soit la difficulté de recruter un nombre élevé de sujets. En effet, bien que toutes les procédures aient été mises en oeuvre afin de solliciter le plus grand nombre d'adolescents atteints d'épilepsie possible, la taille de l'échantillon de cette recherche demeure modeste. Par conséquent, il se peut que l'apparition de certains résultats non significatifs, notamment lors des régressions, soit attribuable à un manque de puissance statistique. Cette recherche comporte aussi des limites en ce qui a trait au processus de sélection des sujets du groupe de comparaison. En effet, ces sujets ont été recrutés sur une base volontaire et il est possible qu'ils ne représentent pas bien la population

adolescente de la région d'Ottawa-Carleton et de ses environs. Non seulement ont-ils rapporté avoir un revenu familial supérieur à celui des sujets du groupe clinique mais il est possible que leur revenu moyen soit plus élevé que celui de la population générale de la zone géographique à l'étude. On peut donc s'interroger quant à la représentativité du groupe de comparaison et à la généralisation des résultats. Soulignons cependant que les sujets qui ont participé dans le groupe clinique sont représentatifs de l'ensemble des adolescents atteints d'épilepsie de la région d'Ottawa-Carleton et de ses environs.

Plusieurs limites découlent du choix des instruments de mesure de cette étude. Mentionnons tout d'abord que les résultats de cette étude reposent essentiellement sur l'emploi de questionnaires de type self-reports. Or, comme le rapportent Vance, Fazan, Satterwhite et Pless (1980) ainsi que Cowen et al. (1985), les membres d'une famille dont un enfant est atteint d'une maladie chronique sont sujets au déni et au phénomène de désirabilité sociale. De plus, les instruments de mesure utilisés pour évaluer le fonctionnement psychosocial, soit le YSR et le CBCL, comportent des limites, telles que le fait de ne mesurer qu'une facette de ce que certains auteurs définissent comme les compétences sociales. Hormis ces biais possibles, il importe de souligner que les scores des sujets à quelques-unes des échelles employées étaient plutôt homogènes, ce qui a pu empêcher la détection de différences significatives entre les groupes (support social perçu dans la relation avec le meilleur ami, par exemple). De plus, les propriétés psychométriques de certains questionnaires restent à établir (Questionnaire médical, List of Important People in Your Life). Enfin, plusieurs des variables utilisées ont dû être transformées afin de respecter les postulats de base sous-jacents aux analyses, ce qui a, à l'occasion, rendu l'interprétation des

résultats plus difficile.

Outre les limites reliées au choix de l'échantillon et des instruments de mesure, la présente recherche a aussi le désavantage de n'évaluer le fonctionnement de l'adolescent qu'à un moment spécifique de sa vie. Il serait donc avantageux d'effectuer des études longitudinales qui permettraient d'évaluer la stabilité du fonctionnement psychosocial de l'adolescent et des facteurs prédicteurs qui y sont reliés. Enfin, la présente recherche comporte des limites en ce qui a trait à la généralisation de l'ensemble de ses résultats. En effet, bien que des mesures similaires à celles proposées par Kirk (1968) aient été prises afin de corriger l'effet d'analyses multiples et contrôler la présence d'erreur de Type 1, il n'en reste pas moins que cette étude comporte de nombreuses analyses. Aussi est-il possible que certains des résultats significatifs obtenus soient dus en partie au hasard. Il sera donc important que des recherches ultérieures portant sur un vaste échantillon de sujets confirment tous les résultats de cette étude. Il est à noter cependant, que plusieurs des résultats significatifs obtenus allaient dans le même sens que ceux d'autres études sur l'épilepsie. Malgré les limites mentionnées ci-dessus, cette recherche a plusieurs implications sur le plan théorique et clinique.

Implications théoriques et cliniques

Grâce à sa perspective multidimensionnelle, la présente étude a contribué de manière significative à l'avancement des connaissances sur l'impact psychologique que peut avoir l'épilepsie durant l'adolescence. En effet, elle a permis non seulement de comparer le fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie à celui d'un groupe

d'adolescents sains, mais aussi d'explorer jusqu'à quel point ces adolescents manifestaient des problèmes de nature clinique par rapport aux normes des instruments utilisés. Elle comporte aussi l'avantage d'avoir recueilli des données auprès de plusieurs sources d'informations et de s'être basée sur un modèle théorique afin d'analyser les facteurs susceptibles de prédire la perception qu'avaient les adolescents de leur fonctionnement psychosocial.

De façon générale, cette étude a permis de démontrer que les adolescents atteints d'épilepsie ont une perception plus négative de leur fonctionnement émotif et comportemental que celle de leurs pairs sains et perçoivent certains aspects de leur réseau social de manière différente. Elle a aussi révélé qu'un nombre significatif de ces adolescents manifestent des problèmes d'ordre clinique. Toutefois, ce nombre varie en fonction de la variable dépendante mesurée et de la source d'information utilisée. En fait, il ressort de cette étude que parents et adolescents ont des perceptions distinctes, notamment en ce qui a trait à la gravité des problèmes rencontrés par l'adolescent. Les parents percevraient généralement plus de problèmes que leurs adolescents.

Cette étude a aussi permis de mieux articuler notre compréhension des facteurs en cause dans la façon dont l'adolescent se perçoit. Elle a indiqué que dans leur ensemble, les facteurs prédictifs étaient semblables chez les deux groupes de sujets et que l'utilisation du modèle théorique proposé par Pless et Pinkerton (1975) s'avèrait valable pour expliquer non seulement le fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie mais aussi celui de leurs pairs sains. Par contre, cette étude a démontré que contrairement au dire de Pless et Pinkerton (1975), des facteurs prédictifs tels que les facteurs familiaux, pouvaient avoir une influence directe sur le fonctionnement psychosocial de l'adolescent et non seulement via le

concept de soi. Elle a aussi révélé qu'un pourcentage élevé de la variance totale du fonctionnement psychosocial de l'adolescent reste inexpliqué par l'ensemble des facteurs de ce modèle. Cela implique que plusieurs autres variables sont susceptibles d'exercer une influence et qu'il s'avèrera essentiel de cerner leur nature au cours des recherches ultérieures. Il importe aussi de rappeler que certains aspects du modèle théorique proposé par Pless et Pinkerton (1975) n'ont pas été explorés dans le cadre de cette recherche et méritent qu'on s'y attarde; il s'agit des stratégies de coping de l'adolescent et des liens pouvant exister entre les facteurs médicaux et les facteurs environnementaux. De manière générale, il s'avèrera important d'effectuer d'autres analyses statistiques, telles que des analyses de cheminement et des analyses de modélisation structurale, afin de tester ce modèle théorique de façon plus approfondie.

Etant donné que dans la présente étude, l'attention a été centrée essentiellement sur les perceptions des adolescents, il serait intéressant d'effectuer d'autres recherches afin de cerner les facteurs susceptibles de prédire les perceptions qu'ont les parents du fonctionnement psychosocial de leur adolescent. Enfin, comme il est essentiel sur le plan clinique, de pouvoir identifier les sujets risquant de présenter des difficultés notoires, il serait pertinent de s'attarder davantage aux différences intra-groupes et de tenter de cerner les facteurs susceptibles de discriminer les sujets manifestant des problèmes d'ordre clinique de ceux qui ont un bon fonctionnement psychosocial.

D'un point de vue clinique, la présente recherche a plusieurs implications. Elle montre que les médecins et divers professionnels de la santé se doivent d'évaluer le fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie puisque ce dernier risque

d'être compromis. Elle révèle aussi qu'à cette fin, ces professionnels auront avantage d'une part, à évaluer plusieurs composantes du fonctionnement psychosocial à la fois (concept de soi, problèmes de comportement, relations sociales, etc.) et, d'autre part, à recueillir leurs données auprès des adolescents et de leurs parents. Il sera important, notamment, qu'ils tentent de cerner les divers facteurs susceptibles d'expliquer le fait que les adolescents atteints d'épilepsie aient de moins bonnes compétences sociales que leurs pairs sains ainsi qu'un nombre inférieur d'amis et de contacts avec ces derniers. En effet, plusieurs questions se posent à ce niveau. Certains adolescents atteints d'épilepsie manifestent-ils des difficultés notoires parce qu'ils ne disposent pas des habiletés sociales nécessaires pour interagir avec leurs pairs? Ou est-ce plutôt parce qu'ils craignent de dévoiler leur maladie et, par conséquent, évitent les interactions avec leurs pairs? Est-il possible qu'ils possèdent des habiletés sociales adéquates mais soient victimes de discrimination de la part de leurs pairs et aient alors tendance à se retirer socialement? Ou ont-ils simplement moins d'occasions d'interagir avec leurs amis parce qu'ils se trouvent surprotégés par leur famille? En fait, on peut s'interroger quant à l'influence des parents dans le processus de socialisation des adolescents. Les parents d'adolescents ayant de bonnes compétences sociales auraient-ils tendance à encourager et promouvoir davantage les interactions sociales de leur enfant malade comparativement aux parents des adolescents qui manifestent des difficultés à ce niveau? Ce n'est qu'en interrogeant les adolescents sur les diverses facettes de leurs relations avec leurs pairs que les professionnels de la santé seront en mesure de cerner tous les enjeux et, à la lumière de ces données, mettre sur pied des plans d'intervention qui soient efficaces (programme d'habiletés sociales, par exemple).

Selon les résultats de cette étude, il semble que seulement certains sous-groupes d'adolescents présentent des problèmes d'ordre clinique au niveau de leur fonctionnement psychosocial et aient avantage à suivre une thérapie. Aussi est-il important que les intervenants s'équipent des outils nécessaires pour identifier ces sous-groupes d'adolescents et leur fournir des services qui correspondent à leurs besoins. En fait, les résultats de cette étude laissent croire qu'afin de choisir le type de thérapie qui soit le plus bénéfique (thérapie individuelle vs familiale, par exemple), les intervenants auraient avantage à tenir compte de la nature spécifique des difficultés manifestées par l'adolescent (problèmes émotifs vs difficultés au niveau des compétence sociales, par exemple). Soulignons que cette recommandation s'applique autant dans le cas d'interventions auprès d'adolescents atteints d'épilepsie que d'adolescents ne souffrant d'aucune maladie chronique puisque les données de cette recherche ont montré que les facteurs prédicteurs du fonctionnement psychosocial sont semblables chez les deux groupes de sujets.

Quel que soit le type de thérapie offert aux adolescents et à leur famille, il serait souhaitable que les professionnels de la santé s'assurent d'évaluer de façon empirique l'efficacité de ces thérapies. En effet, peu de recherches ont été effectuées dans ce domaine. Il est possible par exemple, que les intervenants découvrent que les techniques d'interventions habituellement utilisées pour traiter les symptômes de dépression chez les adolescents ne souffrant d'aucune maladie chronique soient tout aussi efficaces dans le cas des adolescents atteints d'épilepsie. Il est possible aussi qu'ils s'aperçoivent que certains aspects reliés spécifiquement à l'épilepsie, tels que la connaissance qu'a l'adolescent de sa maladie, aient besoin d'être abordés dans le cadre de la thérapie. D'ailleurs, Bennett (1994)

rapporte que les enfants atteints d'une maladie chronique qui possèdent une bonne connaissance de leur maladie sont moins déprimés.

La présente recherche a aussi des implications quant aux informations que les médecins traitants peuvent transmettre aux adolescents et à leur famille au moment du diagnostic de l'épilepsie. En effet, il peut être rassurant pour ces familles d'apprendre que, selon des études sur le fonctionnement psychosocial, la plupart des adolescents atteints de cette maladie ne manifestent pas de problèmes notoires et que les facteurs reliés aux caractéristiques spécifiques de l'épilepsie ne prédisent pas de manière significative la présence de tels problèmes. Il peut aussi être utile que les médecins traitants soulignent à la famille les facteurs susceptibles de prédire une meilleure adaptation à la maladie (qualité des relations familiales, par exemple).

A titre préventif, il serait important qu'au cours des mois suivant l'annonce du diagnostic, les médecins explorent la façon dont les divers membres de la famille s'adaptent à la maladie. Ils auraient avantage non seulement à évaluer périodiquement le fonctionnement psychosocial de l'adolescent, mais aussi à s'attarder à la dynamique familiale et aux comportements des parents de manière à prévenir l'apparition d'attitudes surprotectrices et favoriser une bonne adaptation de toute la famille.

Références

Achenbach, T. A. (1991a). Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Achenbach, T. A. (1991b). Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Allison, D. B., Gorman, B. S., & Primavera, L. H. (1993). Some of the most common questions asked of statistical consultants: Our favorite responses and recommended readings. Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 119, 153-185.

Appleton, P. L., Ellis, N. C., Minchom, P. E., Lawson, V., Böll, V., & Jones, P. (1997). Depressive symptoms and self-concept in young people with spina bifida. Journal of Pediatric Psychology, 22, 707-722.

Apter, A., Aviv, A., Kaminer, Y., Weizman, A., Lerman, P., & Tyano, S. (1991). Behavioral profile and social competence in temporal lobe epilepsy of adolescence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 887-892.

Austin, J. K. (1988). Childhood epilepsy: Child adaptation and family resources. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Mental Health Nursing, 1, 18-24.

Austin, J. K. (1989). Comparison of child adaptation to epilepsy and asthma. Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing, 2, 139-144.

Austin, J. K. (1996). A model of family adaptation to new-onset childhood epilepsy. Journal of Neuroscience Nursing, 28, 82-92.

Austin, J. K., Huster, G. A., Dunn, D. W., & Risinger, M. W. (1996). Adolescents with active or inactive epilepsy: A comparison of quality of life. Epilepsia, 37, 1228-1238.

Austin, J. K., McBride, A. B., & Davis, H. W. (1984). Parental attitude and adjustment to childhood epilepsy. Nursing Research, 33, 92-96.

Austin, J. K., Risinger, M. W., & Beckett, L. A. (1992). Correlates of behavior problems in children with epilepsy. Epilepsia, 33, 1115-1122.

Austin, J. K., Smith, M. S., Risinger, M. W., & McNelis, A. M. (1994). Childhood epilepsy and asthma: Comparison of quality of life. Epilepsia, 35, 608-615.

Baird, H. W. (1972). The child with convulsions: A guide for parents, teachers, counselors, and medical personnel. New York: Grune & Stratton.

Bakke, K., & Milstein, J. (1983). Seizures in adolescence. In M. Smyth (Ed.), Chronic disorders in adolescence (pp. 277-291). Boston: John Wright.

Bennett, D. S. (1994). Depression among children with chronic medical problems: A meta-analysis. Journal of Pediatric Psychology, 19, 149-169.

Bennett, T. L., & Krein, L. K. (1989). The neuropsychology of epilepsy: Psychological and social impact. In C. Reynolds, & E. Fletcher-Janzen (Eds.), Handbook of clinical child neuropsychology (pp. 419-441). New York: Plenum Press.

Bennett Johnson, S. B. (1985). The family and the child with chronic illness. In D. C. Turk, & R. D. Kerns (Eds.), Health, illness and families: A life-span perspective (pp.220-253). New York: John Wiley.

Blishen, B. R., Carroll, W. K., & Moore, C. (1987). The 1981 socioeconomic index for occupations in Canada. Canadian Review of Sociology and Anthropology, 24, 465-488.

Blum, R. W. (1992). Chronic illness and disability in adolescence. Journal of Adolescence Health, 13, 364-368.

Blum, R. W., Garell, D., Hodgman, C. H., Jorissen, T. W., Okinow, N. A., Orr, D. P., & Slap, G. B. (1993). Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. Journal of Adolescent Health, 14, 570-576.

Blyth, D. A., Hill, J. P., & Thiel, K. S. (1982). Early adolescents' significant others: Grade and gender differences in perceived relationships with familial and nonfamilial adults and young people. Journal of Youth and Adolescence, 11, 425-450.

Boyle, C. A., Decouflé, P., & Yeargin-Allsopp, M. (1994). Prevalence and health impact of developmental disabilities in US children. Pediatrics, 93, 399-403.

Boyle, I. R., di Sant'Agnese, P. A., Sack, S., Millican, F., & Kulczycki, L. L. (1976). Emotional adjustment of adolescents and young adults with cystic fibrosis. Journal of Pediatrics, 88, 318-326.

Bradford, R. (1997). Children, families and chronic disease: Psychological models and methods of care. New York: Routledge.

Breslau, N., Staruch, K. S., & Mortimer, E. A. (1982). Psychological distress in mothers of disabled children. American Journal of Disease in Children, 136, 682-686.

Breslau, N., Salkever, D., & Staruch, K. (1982). Woman's labour force activity and responsibility for disabled dependants. Journal of Health and Social Behaviour, 23, 169-183.

Browne, T., & Feldman, B. (1983). Epilepsy: diagnosis and management. Toronto, Canada: Little Brown.

Burr, C. K. (1985). Impact on the family of a chronically ill child. In N. Hobbs, & J. M. Perrin (Eds.), Issues in the care of children with chronic illness (pp. 24-40). San Francisco: Jossey-Bass.

Byrne, B. (1996). Measuring self-concept across the life span: Issues and instrumentation. Washington, DC: American Psychological Association.

Bywater, E. M. (1981). Adolescent with cystic fibrosis: Psychosocial adjustment. Archives of Disease in Childhood, *56*, 538-543.

Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., & Offord, D. R. (1987). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: Findings of the Ontario Child Health Study. Pediatrics, *79*, 805-813.

Cadman, D., Rosenbaum, P., Boyle, M., & Offord, D. R. (1991). Children with chronic illness: Family and parent demographic characteristics and psychosocial adjustment. Pediatrics, *87*, 884-889.

Camfield, C. S., Camfield, P. R., Gordon, K., Wirrell, E., & Dooley, J. M. (1996). Incidence of epilepsy in childhood and adolescence: A population-based study in Nova Scotia from 1977 to 1985. Epilepsia, *37*, 19-23.

Camfield, C., Camfield, P., Smith, B., Gordon, K., & Dooley, J. (1993). Biologic factors as predictors of social outcome of epilepsy in intellectually normal children: A population-based study. Journal of Pediatrics, *122*, 869-873.

Campbell, M., Hayden, P. W., & Davenport, S. L. (1977). Psychological adjustment of adolescents with myelodysplasia. Journal of Youth and Adolescence, *10*, 397-407.

Canadian Council on Social Development (1995). Canadian low-income cut-offs, 1993 (LICOs). [On-line]. Available: http://www.ccsd.ca/fs_lico.html [1997, September 19].

Canadian Council on Social Development (1996). Canadian low-income cut-offs, 1994 (LICOs). [On-line]. Available: http://www.ccsd.ca/fs_lic94.html [1997, September 19].

Canning, E. H. (1994). Mental disorders in chronically ill children: Case identification and parent-child discrepancy. Psychosomatic Medicine, *56*, 104-108.

Canning, R. D., Harris, E. S., & Kelleher, K. J. (1996). Factors predicting distress among caregivers to children with chronic medical conditions. Journal of Pediatric Psychology, *21*, 735-749.

Caplan, P. J., & Hall-McCorquodale, I. (1985a). Mother-blaming in major clinical journals. American Journal of Orthopsychiatry, 55, 345-353.

Caplan, P. J., & Hall-McCorquodale, I. (1985b). The scapegoating of mothers: A call for change. American Journal of Orthopsychiatry, 55, 610-613.

Cappelli, M., McGrath, P. J., Heick, C. E., MacDonald, N. E., Feldman, W., & Rowe, P. (1989). Chronic disease and its impact: The adolescent's perspective. Journal of Adolescent Health Care, 10, 283-288.

Carlton-Ford, S., Miller, R., Brown, M., Nealeigh, N., & Jennings, P. (1995). Epilepsy and children's social and psychological adjustment. Journal of Health and Social Behavior, 36, 285-301.

Cavell, T. A. (1990). Social adjustment, social performance, and social skills: A tri-component model of social competence. Journal of Clinical Child Psychology, 19, 111-122.

Cereghino, J. J. (1990). Treatment implications from classification of seizures and the epilepsies. In D. Smith (Ed.), Epilepsy: Current approaches to diagnosis and treatment (pp. 1-25). New York: Raven Press.

Claes, M. (1994). Le réseau social des adolescents: proximité des relations et adaptation personnelle. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, 21, 5-22.

Cloutier, R. (1996). Psychologie de l'adolescence (2e ed.). Montréal, Canada: Gaëtan Morin.

Cone, J. D., & Foster, S. L. (1993). Dissertations and theses from start to finish: Psychology and related fields. Washington, DC: American Psychological Association.

Cowen, L., Mok, J., Corey, M., MacMillan, H., Simmons, R., & Levinson, H. (1986). Psychologic adjustment of the family with a member who has cystic fibrosis. Pediatrics, 77, 745-753.

Creasey, G. L., Myers, B. L., Epperson, M. J., & Taylor, J. (1989). Grandchildren of grandparents with Alzheimer's disease: Perceptions of grandparent, family environment, and the elderly. Merrill-Palmer Quarterly, 35, 227-237.

Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1984). Being adolescent. New York: Basic Books.

Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1987). Validity and reliability of the Experience-Sampling Method. Journal of Nervous and Mental Disease, 175, 526-536.

Dorenbaum, D., Cappelli, M., Keene, D., & McGrath, P. J. (1985). Use of a Child Behavior Checklist in the psychosocial assessment of children with epilepsy. Clinical Pediatrics, 24, 634-637.

Drotar, D., Agle, D. P., Eckl, C. L., & Thompson, P. A. (1996). Impact of the repressive personality style on the measurement of psychological distress in children and adolescents with chronic illness: An example from hemophilia. Journal of Pediatric Psychology, 21, 283-293.

Drotar, D., Doershuk, C. F., Stern, R. C., Boat, T. F., Boyer, W., & Matthews, L. (1981). Psychosocial functioning of children with cystic fibrosis. Journal of Pediatrics, 67, 338-343.

Drotar, D., Stein, R. E. K., & Perrin, E. C. (1995). Methodological issues in using the Child Behavior Checklist and its related instruments in clinical child psychology research. Journal of Clinical Child Psychology, 24, 184-192.

Eiser, C., Havermans, T., Pancer, M., & Eiser, J. R. (1992). Adjustment to chronic disease in relation to age and gender: Mother's and father's reports of their children's behavior. Journal of Pediatric Psychology, 17, 261-275.

Elliott, I. (1992). Psychosocial functioning in adolescents with complex partial seizures. Axon, 13, 72-76.

Epilepsie Canada (1994). L'épilepsie: Quelques réponses à vos questions. [Brochure]. Montréal, Canada; Auteur.

Epilepsy Ontario (1998). Facts about epilepsy. [On-line]. Available: <http://ontario.epilepsy.org>, [1998, February 13].

Epilepsy Ottawa-Carleton (1996). Epilepsy FAQ: Frequently asked questions about epilepsy. [On-line]. Available: <http://debra.dgbt.doc.ca/~andrew/epilepsy/FAQ.html>, [1998, February 13].

Farley, J. A. (1996). Epilepsy. In P. L. Jackson, & J. A. Vessey (Eds.), Primary care of the child with a chronic condition (2e ed.) (pp. 400-419). St-Louis, MO: Mosby.

Fenzel, L. M., & Blyth, D. A. (1986). Individual adjustment to school transitions: An exploration of the role of supportive peer relations. Journal of Early Adolescence, 6, 315-329.

Ferrari, M., Matthews, W. S., & Barabas, G. (1983). The family and the child with epilepsy. Family Process, 22, 53-59.

Furman, W. & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. Developmental Psychology, 21, 1016-1024.

Gordon Walker, J., Johnson, S., Manion, I., & Cloutier, P. (1996). Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, 1029-1036.

Gortmaker, S. L., Walker, D. K., Weitzman, M., & Sobol, A. M. (1990). Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. Pediatrics, 85, 267-276.

Green, J., & Hartlage, L. (1971). Comparative performance of epileptic and non epileptic children and adolescents. Diseases of the Nervous System, 32, 418-421.

Hart, Y. M., & Shorvon, S. D. (1995). The nature of epilepsy in the general population: I. Characteristics of patients receiving medication for epilepsy. Epilepsy Research, 21, 43-49.

Hartlage, L., Green, J., & Offutt, L. (1972). Dependency in epileptic children. Epilepsia, 13, 27-30.

Hartlage, L., & Hartlage, P. (1989). Neuropsychological aspects of epilepsy: Introduction and overview. In C. Reynolds, & E. Fletcher-Janzen (Eds.), Handbook of clinical child neuropsychology (pp. 409-417). New York: Plenum Press.

Hattie, J. (1992). Self-concept. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Heisler, A. B., & Friedman, S. B. (1981). Social and psychological considerations in chronic disease: With particular reference to the management of seizure disorders. Journal of Pediatric Psychology, 6, 239-250.

Hermann, B. P., Black, R. B., & Chhabria, S. (1981). Behavioral problems and social competence in children with epilepsy. Epilepsia, 22, 203-210.

Hermann, B. P., Whitman, S., & Anton, M. (1992). A multietiological model of psychosocial and social dysfunction in epilepsy. In T. L. Bennett (Ed.), The neuropsychology of epilepsy (pp. 39-57). New York: Plenum Press.

Hermann, B. P., Whitman, S., & Dell, J. (1989). Correlates of behavior problems and social competence in children with epilepsy. In B. P. Hermann, & M. Seidenberg (Eds.), Childhood epilepsies: Neuropsychological, psychosocial and intervention aspects (pp. 143-157). New York: John Wiley.

Herskowitz, R.D. (1990). Outward bound, diabetes and motivation: experiential education in a wilderness setting. Diabetic Medicine, 7, 633-638.

Hoare, P. (1984a). Does illness foster dependency? A study of epileptic and diabetic children. Developmental Medicine and Child Neurology, 26, 20-24.

Hoare, P. (1984b). Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. Developmental Medicine and Child Neurology, 26, 14-19.

Hoare, P., & Kerley, S. (1991). Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. Developmental Medicine and Child Neurology, 33, 201-215.

Hoare, P., & Mann, H. (1994). Self-esteem and behavioural adjustment in children with epilepsy and children with diabetes. Journal of Psychosomatic Research, 38, 859-869.

Hobbs, N., Perrin, J. M., & Ireys, H. T. (1985). Chronically ill children and their families. San Francisco: Jossey-Bass.

Hodgman, C. H., McAnarney, E. R., Myers, G. J., Iker, H., McKinney, R., Parmelee, D., Schuster, B., & Tutihasi, M. (1979). Emotional complications of adolescent grand mal epilepsy. Journal of Pediatrics, 95, 309-312.

Holdsworth, L., Whitmore, K. (1974). A study of children with epilepsy attending normal schools: I. Their seizure patterns, progress and behavior in school. Developmental Medicine and Child Neurology, 16, 746-758.

Howe, G. W., Feinstein, C., Reiss, D., Molock, S., & Berger, K. (1993). Adolescent adjustment to chronic physical disorders: I. Comparing neurological and non-neurological conditions. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 1153-1171.

Jackson, P. L. (1996). The primary care provider and children with chronic conditions. In P. L. Jackson, & J. A. Vessey (Eds.), Primary care of the child with a chronic condition (2e ed.) (pp. 3-15). St-Louis, MO: Mosby.

Jalava, M., & Sillanpää, M. (1996). Concurrent illnesses in adults with childhood-onset epilepsy: A population-based 35-year follow-up study. Epilepsia, 37, 1155-1163.

Jeavons, P. M., & Aspinall, A. (1985). The epilepsy reference book. New York: Harper & Row.

Kazak, A. E., Segal-Andrews, A. M., & Johnson, K. (1995). Pediatric psychology research and practice: A family/systems approach. In Roberts, M. C. (Ed.), Handbook of pediatric psychology (2e ed.) (pp. 84-104). New York: Guilford Press.

Kellerman, J., Zeltzer, L., Ellenberg, L., Dash, J., & Rigler, D. (1980). Psychological effects of illness in adolescence. I. Anxiety, self-esteem, and perception of control. Journal of Pediatrics, 97, 126-131.

Kim, W. J. (1991). Psychiatric aspects of epileptic children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30, 874-886.

Kirk, R. E. (1968). Experimental design: Procedures for the behavioral sciences. Belmont, CA: Brooks & Cole.

Kovar, M. G. (1982). Health status of US children and use of medical care. Public Health Reports, 97, 3-15.

LaGreca, A. M. (1990). Social consequences of pediatric conditions: Fertile area for future investigation and intervention? Journal of Pediatric Psychology, 15, 285-307.

LaGreca, A. M. (1992). Peer influences in pediatric chronic illness: An update. Journal of Pediatric Psychology, 17, 775-784.

LaGreca, A. M. (1997). Reflections and perspectives on pediatric psychology: Editor's vale dictum. Journal of Pediatric Psychology, 22, 759-770.

LaGreca, A. M., Auslander, W. F., Greco, P., Spetter, D., Fisher, E. B., & Santiago, J. V. (1995). I get by with a little help from my family and friends: Adolescents' support for diabetes care. Journal of Pediatric Psychology, 20, 449-476.

LaGreca, A. M., & Lemanek, K. L. (1996). Editorial: Assessment as a process in pediatric psychology. Journal of Pediatric Psychology, 21, 137-151.

Larson, R., & Delespaul, P. (1992). Analyzing experience sampling data: A guidebook for the perplexed. In M. W. deVries (Eds.), The experience of psychopathology: Investigating mental disorders in their natural settings (pp. 58-78). New York: Cambridge University Press.

Larson, R., & Richards, M. H. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts. Child Development, 62, 284-300.

Lavigne, J. V., & Faier-Routman, J. (1992). Psychological adjustment to pediatric physical disorders: A meta-analytic review. Journal of Pediatric Psychology, 17, 133-157.

Lempers, J. D., & Clark-Lempers, D. S. (1992). Young, middle, and late adolescents' comparisons of the functional importance of five significant relationships. Journal of Youth and Adolescence, 21, 53-96.

Leonard, B. J. (1984). The adolescent with epilepsy. In R. W. Blum (Ed.), Chronic illness and disabilities in childhood and adolescence (pp. 239-263). New York: Grune & Stratton.

Levin, R., & Banks, S. (1991). Stress in parents of children with epilepsy. Canadian Journal of Rehabilitation, 4, 229-238.

Long, C. L., & Moore, J. R. (1979). Parental expectations for their epileptic children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 20, 299-312.

Lothman, D. J., & Pianta, R. C. (1993). Role of child-mother interaction in predicting competence of children with epilepsy. Epilepsia, 34, 658-669.

Lothman, D. J., Pianta, R. C., & Clarson, S. (1990). Mother-child interaction in children with epilepsy: Relations with child competence. Journal of Epilepsy, 3, 12-17.

Magill, J., & Hurlbut, N. (1986). The self-esteem of adolescents with cerebral palsy. The American Journal of Occupational Therapy, 40, 402-407.

Mandelbaum, D. E., & Burack, G. D. (1997). The effect of seizure type and medication on cognitive and behavioral functioning in children with idiopathic epilepsy. Developmental Medicine and Child Neurology, 39, 731-735.

Manion, I. G., McIntyre, J., Firestone, P., Ligezinska, M., Ensom, R., & Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. Child Abuse and Neglect, 20, 1095-1109.

Margalit, M., & Heiman, T. (1983). Anxiety and self-dissatisfaction in epileptic children. International Journal of Social Psychiatry, 29, 220-224.

Marsh, H. W. (1992). Self-Description Questionnaire (SDQ) II: A theoretical and empirical basis for the measurement of multiple dimensions of adolescent self-concept. An interim test manual and research monograph. New South Wales, Australia: University of Western Sydney, Faculty of Education, Macarthur.

Masland, R. L. (1982). The nature of epilepsy. In H. Sands (Ed.), Epilepsy: A handbook for the mental health professional (pp. 5-57). New York: Brunner/Mazel.

Matthews, W. S., Barabas, G., & Ferrari, M. (1982). Emotional concomitants of childhood epilepsy. Epilepsia, 23, 671-681.

McAnarney, E. R. (1985). Social maturation: A challenge for handicapped and chronically ill adolescents. Journal of Adolescent Health Care, 6, 90-101.

- McDermott, S., Mani, S., & Krishnaswami, S. (1995). A population-based analysis of specific behavior problems associated with childhood seizures. Journal of Epilepsy, 8, 110-118.
- Melzer, S. M., Leadbeater, B., Reisman, L., Jaffe, L. R., & Lieberman, K. V. (1989). Characteristics of social networks in adolescents with end-stage renal disease treated with renal transplantation. Journal of Adolescent Health Care, 10, 308-312.
- Meyerowitz, J. H., & Kaplan, H. B. (1967). Familial responses to stress: The case of cystic fibrosis. Social Science and Medicine, 1, 249-266.
- Midence, K., McManus, C., Fuggle, P., & Davies, S. (1996). Psychological adjustment and family functioning in a group of British children with sickle cell disease: Preliminary empirical findings and a meta-analysis. British Journal of Clinical Psychology, 35, 439-450.
- Mitchell, W. G., Scheier, L. M., & Baker, S. A. (1994). Psychosocial, behavioral, and medical outcomes in children with epilepsy: A developmental risk factor model using longitudinal data. Pediatrics, 94, 471-477.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1986). Family Environmental Scale manuel (2e ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morgan, S. A., & Jackson, J. (1986). Psychological and social concomitants of sickle cell anemia in adolescents. Journal of Pediatric Psychology, 11, 429-440.
- Mulder, H. C., & Suurmeijer, T. P. (1977). Families with a child with epilepsy: A sociological contribution. Journal of Biosocial Science, 9, 13-24.
- Nassau, J. H., & Drotar, D. (1997). Social competence among children with central nervous system-related chronic health conditions: A review. Journal of Pediatric Psychology, 22, 771-793.
- Newacheck, P. W., McManus, M. A., & Fox, H. B. (1991). Prevalence and impact of chronic illness among adolescents. American Journal of Disease in Childhood, 145, 1367-1373.
- Nicholson, K. K., & Pianta, R. C. (1994). Mother-child interactions and seizure control: Relations with behavior problems in children with epilepsy. Journal of Epilepsy, 7, 102-107.
- Noll, R. B., Bukowski, W. M., Davies, W. H., Koontz, K., & Kulkarni, R. (1993). Adjustment in the peer system of adolescents with cancer: A two-year study. Journal of Pediatric Psychology, 18, 351-364.

O'Donohoe, N. (1985). Epilepsies of childhood (2e ed.). Toronto, Canada: Butterworth.

Orr, D. P., Weller, S. C., Satterwhite, B., & Pless, I. B. (1984). Psychosocial implications of chronic illness in adolescence. Journal of Pediatrics, 104, 152-157.

Overstreet, S., Goins, J., San Chen, R., Holmes, C. S., Greer, T., Dunlap, W. P., & Frentz, J. (1995). Family environment and the interrelation of family structure, child behavior, and metabolic control for children with diabetes. Journal of Pediatric Psychology, 20, 435-447.

Pendley, J. S., Dahlquist, L. M., & Dreyer, Z. (1997). Body image and psychosocial adjustment in adolescent cancer survivors. Journal of Pediatric Psychology, 22, 29-43.

Pedhazur, E. J. (1997). Multiple regression in behavioral research: Explanation and prediction (3e ed.). New York: Holt, Rinehart and Winston.

Perrin, E. C., Ayoub, C. C., & Willett, J. B. (1993). In the eyes of the beholder: Family and maternal influences on perceptions of adjustment of children with a chronic illness. Developmental and Behavioral Pediatrics, 14, 94-105.

Perrin, E. C., Stein, R. E. K., & Drotar, D. (1991). Cautions in using the Child Behavior Checklist: Observations based on research about children with a chronic illness. Journal of Pediatric Psychology, 16, 411-421.

Pianta, R. C., & Lothman, D. J. (1994). Predicting behavior problems in children with epilepsy: Child factors, disease factors, family stress, and child-mother interaction. Child Development, 65, 1415-1428.

Pless, I. B., & Nolan, T. (1991). Revision, replication and neglect: Research on maladjustment in chronic illness. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32, 347-365.

Pless, I. B., & Pinkerton, P. (1975). Chronic childhood disorders: Promoting patterns of adjustment. London: Henry Kimpton.

Pless, I. B., & Wadsworth, M. E. J. (1989). Long term effects of chronic illness on young adults. In R. E. Stein (Ed.), Caring for children with chronic illness: Issues and strategies (pp. 147-158). New York: Springer.

Richardson, D. W., & Friedman, S. B. (1974). Psychosocial problems of the adolescent patient with epilepsy. Clinical Pediatrics 13, 121-126.

Ritchie, K. (1981). Research note: Interaction in families of epileptic children. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 22, 65-71.

Rodrigue, J. R., Streisand, R., Banko, C., Kedar, A., & Pitel, P. A. (1996). Social functioning, peer relations, and internalizing and externalizing problems among youths with sickle cell disease. Children's Health Care, 25, 37-52.

Sands, H. (1982). Epilepsy: A handbook for the mental health professional. New York: Brunner/Mazel.

Safyer, A. W., Hauser, S. T., Jacobson, A. M., Bliss, R., Herskowitz, R. D., Wolfsdorf, J. I., & Wertlieb, D. (1993). The impact of the family on diabetes adjustment: A developmental perspective. Child and Adolescent Social Work Journal, 10, 123-140.

Sawyer, S. M., Rosier, M. J., Phelan, P. D., & Bowes, G. (1995). The self-image of adolescents with cystic fibrosis. Journal of Adolescent Health, 16, 204-208.

Seidenberg, M. (1996). Academic performance of children with epilepsy. In J. C. Sackellares, & S. Berent (Eds.), Psychological disturbances in epilepsy (pp. 99-107). Boston: Butterworth-Heinemann.

Seidenberg, M., & Berent, S. (1992). Childhood epilepsy and the role of psychology. American Psychologist, 47, 1130-1133.

Shinnar, S. (1987). Antiepileptic drugs in adolescents. Journal of Adolescent Health Care, 8, 105-112.

Sillanpää, M. (1992). Epilepsy and children: Prevalence, disability, and handicap. Epilepsia, 33, 444-449.

Silver, E. J., Westbrook, L. E., & Stein, R. E. K. (1998). Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. Journal of Pediatric Psychology, 23, 5-15.

Spirito, A., DeLawyer, D. D., & Stark, L. J. (1991). Peer relations and social adjustment of chronically ill children and adolescents. Clinical Psychology Review, 11, 539-564.

Stanger, C., & Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. Journal of Clinical Child Psychology, 22, 107-115.

Statistique Canada (1998). Données sur les familles. (No. 13C0016). Ottawa, Canada: Auteur.

Stawski, M., Auerbach, J. G., Barasch, M., Lerner, Y., Zimin, R., & Miller, M. S. (1995). Behavioral problems of adolescents with chronic physical illness: A comparison of parent-report and self-report measures. European Child and Adolescent Psychiatry, 4, 14-20.

Stein, A., Forrest, G. C., Woolley, H., & Baum, J. D. (1989). Life threatening illness and hospice care. Archives of Diseases in Childhood, 64, 697-702.

Stevens, J. (1996). Applied multivariate statistics for the social sciences (3e ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Stevens, S. E., Steele, C. A., Jutai, J. W., Kalnins, I. V., Bortolussi, J. A., & Biggar, W. D. (1996). Adolescents with physical disabilities: Some psychosocial aspects of health. Journal of Adolescent Health, 19, 157-164.

Stores, G. (1978). School-children with epilepsy at risk for learning and behaviour problems. Developmental Medicine and Child Neurology, 20, 502-508.

Sutherland, J. M., & Eadie, M. J. (1980). The epilepsies modern diagnosis and treatment. New York: Churchill Livingstone.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). Using multivariate statistics (2e ed.). New York: Harper Collins.

Tavormina, J. B., Kastner, L. S., Slater, P. M., & Watt, S. L. (1976). Chronic ill children: A psychologically and emotionally deviant population. Journal of Abnormal Child Psychology, 4, 99-110.

Upton, D. (1993). Social support and emotional adjustment in people with chronic epilepsy. Journal of Epilepsy, 6, 105-111.

Vance, J. C., Fazan, L. E., Satterwhite, B., Pless, I. B. (1980). Effects of nephrotic syndrome on the family: A controlled study. Pediatrics, 65, 948-955.

Varni, J. W., Katz, E. R., Colegrove, R., & Dolgin, M. (1996). Family functioning predictors of adjustment in children with newly diagnosed cancer: A prospective analysis. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 37, 321-328.

Varni, J. W., Setoguchi, Y., Rappaport, L. R., Talbot, D. (1992). Psychological adjustment and perceived social support in children with congenital/acquired limb deficiencies. Journal of Behavioral Medicine, 15, 31-44.

Viani, F., Beghi, E., Atza, G., & Gulotta, M. (1988). Classifications of epileptic syndromes: Advantages and limitations for evaluation of childhood epileptic syndromes in clinical practice. Epilepsia, 4, 440-445.

Viberg, M., Blennow, G., & Polski, B. (1987). Epilepsy in adolescence: Implications for the development of personality. Epilepsia, 28, 542-546.

Wallander, J. L., & Varni, J. W. (1989). Social support and adjustment in chronically ill and handicapped children. American Journal of Community Psychology, 17, 185-201.

Wallander, J. L., Varni, J. W., Babani, L., Banis, H. T., & Wilcox, K. T. (1989). Family resources as resistance factors for psychological maladjustment in chronically ill and handicapped children. Journal of Pediatric Psychology, 14, 157-173.

Weine, A. M., Philipps, J. S., & Achenbach, T. M. (1995). Behavioral and emotional problems among chinese and american children: Parent and teacher reports for ages 6 to 13. Journal of Abnormal Child Psychology, 23, 619-637.

Wertlieb, D., Hauser, S. T., & Jacobson, A. M. (1986). Adaptation to diabetes: Behavior symptoms and family context. Journal of Pediatric Psychology, 11, 463-479.

Westbrook, L. E., Bauman, L. J., & Shinnar, S. (1992). Applying stigma theory to epilepsy: A test of a conceptual model. Journal of Pediatric Psychology, 17, 633-649.

Westbrook, L. E., Silver, E. J., Coupey, S. M., & Shinnar, S. (1991). Social characteristics of adolescents with idiopathic epilepsy: A comparison to chronically ill and non chronically ill peers. Journal of Epilepsy, 4, 87-94.

Whitman, S., Hermann, B. P., Black, R. B., & Chhabria, S. (1982). Psychopathology and seizure type in children with epilepsy. Psychological Medicine, 12, 843-853.

Williams, J., Sharp, G., Bates, S., Griebel, M., Lange, B., Spence, G. T., & Thomas, P. (1996). Academic achievement and behavioral ratings in children with absence and complex partial epilepsy. Education and Treatment of Children, 19, 143-152.

Wolman, C., Resnick, M. D., Harris, L. J., & Blum, R. W. (1994). Emotional well-being among adolescents with and without chronic conditions. Journal of Adolescent Health, 15, 199-204.

Zeltzer, L. (1985). Chronic illness and disability in adolescents. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 1, 239-248.

Zeltzer, L., Kellerman, J., Ellenberg, L., Dash, J., & Rigler, D. (1980). Psychological effects of illness in adolescence: II. Impact of illness in adolescents - crucial issues and coping styles. Journal of Pediatrics, 97, 132-138.

Ziegler, R. G. (1982). Epilepsy: Individual illness, human predicament and family dilemma. Family Relations, 32, 453-454.

Zielinski, J. J. (1988). Epidemiology. In J. Laidlaw, A. Richens, & J. Oxley (Eds.), A textbook of epilepsy (pp. 21-48). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Appendice A
Lettre d'information
des adolescents du groupe clinique



Children's Hospital of Eastern Ontario
Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

401 SMYTH, OTTAWA, ONT. K1H 8L1 TELEPHONE (613) 737-7600

**INFORMATION LETTER
SOCIAL INTERACTIONS OF ADOLESCENTS
WITH SEIZURES OR SEIZURE HISTORY**

Date _____

Dear _____:
(name of adolescent)

Your name was given to us by Drs. Whiting, Keene, and Humphreys who are working with us in a research project that is being undertaken by the Department of Psychology and the Division of Neurology at the Children's Hospital of Eastern Ontario. It is under the direction of Dr. Ian Manion, a psychologist at CHEO, and Marie Pelletier, a senior Ph.D. student in Clinical Psychology at the University of Ottawa. We are trying to find out more about the social life and friendships of teenagers who have had seizures at one time or another. We also want to know more about how teens and their families cope and adjust to this type of chronic illness.

A chronic illness during adolescence can affect a teenager's day-to-day life and can also affect the teen's family. We know from our work with other adolescents that everyone does not cope in the same way. Many different things can influence coping. We are particularly interested in the social interactions of adolescents. To help us in our work with adolescents who have had seizures and their families, we need to know more about all the ways people cope as well as the factors that influence them. That is why we are writing to you and your parent(s) to participate in this research. Even if you are doing well right now, the information that you will share with us is still very useful and necessary.

If you and your parent(s) are interested in participating in this research, a member of our research team will visit you twice at your home or, if you prefer, the appointments will be made at CHEO at a time convenient to you. During the first visit we will ask you and your parent(s) to each complete a series of questionnaires about family issues, your feelings regarding your

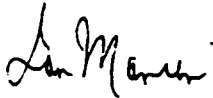
- 2 -

medical condition, and about how others (family, friends) interact with you. This meeting will take 2 to 3 hours. A second meeting lasting less than 1 hour will be scheduled one week later so that we can pick up information that you will have collected for us over the course of the week. To thank you for your important contribution to this research, we will give you from \$5 to \$10 for the first visit and from \$15 to \$30 for the second visit. The larger amounts would be for those coming to the hospital rather than being seen in their home.

If you and your parent(s) decide to participate, you would be free to drop out of the study at any time. Your participation in the study is fully voluntary and will in no way affect any services that you receive or could receive from the hospital. The information that you provide will help us greatly in our efforts to better understand adolescents and to help those who have experienced seizures. All gathered information will remain completely confidential. A summary of the results of this research will be available to you at your request. If you have any concerns or questions, they can be directed to Dr. Manion at 738-3916 or Marie Pelletier at 737-2492.

If you and your parent(s) are interested in participating and would like to be contacted by a member of our team, please complete the response form and return it in the envelope provided. The form and the return envelope are included in the letter sent to your parent(s). If not, please indicate so, and return your reply in the envelope provided. If we have not heard from you in 2 weeks, we will be contacting you by telephone regarding your decision. Thank you.

Sincerely,



Ian Manion, Ph.D.
Psychologist

Marie Pelletier, M.Ps.
Dr. Sharon Whiting
Dr. Daniel Keene
Dr. Peter Humphreys

Appendice B
Lettre d'information
des parents du groupe clinique



Children's Hospital of Eastern Ontario
Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

401 SMYTH, OTTAWA, ONT K1H 8L1 TELEPHONE (613) 737-7600

**INFORMATION LETTER
SOCIAL INTERACTIONS OF ADOLESCENTS
WITH SEIZURES OR SEIZURE HISTORY**

Date _____

Dear _____:
(names of parents)

Your name was given to us by Drs. Whiting, Keene, and Humphreys who are working with us in a research project that is being undertaken by the Department of Psychology and the Division of Neurology at the Children's Hospital of Eastern Ontario. It is under the direction of Dr. Ian Manion, a psychologist at CHEO, and Marie Pelletier, a senior Ph.D. student in Clinical Psychology at the University of Ottawa. We are trying to find out more about the social life and friendships of teenagers who have had seizures at one time or another. We also want to know more about how teens and their families cope and adjust to this type of chronic illness.

A chronic illness during adolescence can affect a teenager's day-to-day life and can also affect the teen's family. We know from our work with other adolescents that everyone does not cope in the same way. Many different things can influence coping. We are particularly interested in the social interactions of adolescents. To help us in our work with adolescents who have had seizures and their families, we need to know more about all the different ways people cope as well as the factors that influence them. That is why we are writing to you and your adolescent to participate in this research. Even if your adolescent is doing well right now, the information that you will share with us is still very useful and necessary.

If you and your adolescent are interested in participating in this research, a member of our research team will visit you twice at your home or, if you prefer, the appointments will be made at CHEO at a time convenient to you. During the first visit we will ask you and your adolescent to each complete a series of questionnaires about family issues, your feelings regarding your

.../2

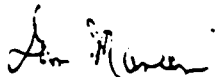
- 2 -

adolescent's medical condition, and about how others (family, friends) interact with your adolescent. This meeting will take 2 to 3 hours. A second meeting lasting less than 1 hour will be scheduled one week later so that we can pick up information that your adolescent will have collected for us over the course of the week. To thank your adolescent for her/his important contribution to this research, we will give her/him from \$5 to \$10 for the first visit and from \$15 to \$30 for the second visit. The larger amounts would be for those coming to the hospital rather than being seen in their home.

If you and your adolescent decide to participate, you would be free to drop out of the study at any time. Your participation in the study is fully voluntary and will in no way affect any services that you receive or could receive from the hospital. The information that you provide will help us greatly in our efforts to better understand adolescents and to help those who have experienced seizures. All gathered information will remain completely confidential. A summary of the results of this research will be available to you at your request. If you have any concerns or questions, they can be directed to Dr. Manion at 738-3916 or Marie Pelletier at 737-2492.

If you and your adolescent are interested in participating and would like to be contacted by a member of our team, please complete the attached form and return it in the envelope provided. If not, please indicate so, and return your reply in the envelope provided. If we have not heard from you in 2 weeks, we will be contacting you by telephone regarding your decision. Thank you.

Sincerely,



Ian Manion, Ph.D.
Psychologist

Marie Pelletier, M.Ps.
Dr. Sharon Whiting
Dr. Daniel Keene
Dr. Peter Humphreys

Attachs.

P.S. Your adolescent will also be sent a version of this letter.

**SOCIAL INTERACTIONS OF ADOLESCENTS
WITH SEIZURES OR SEIZURE HISTORY**

I AM INTERESTED IN RECEIVING MORE INFORMATION:

YES ☐ NO ☐

Name of the Adolescent: _____

Date of Birth: _____

Name of the Parent(s): _____

Date: _____

Parent's Signature: _____

Adolescent's Signature: _____

Telephone: (Home) _____ (Office) _____

Please indicate if you are a single or two parent family:

Single _____

Two parent _____

THANK YOU!

Appendice C
Formulaire de consentement
pour les sujets du groupe clinique



Children's Hospital of Eastern Ontario
Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario

401 SMYTH, OTTAWA, ONT K1H 8L1 TELEPHONE (613) 737-7600

CONSENT LETTER
SOCIAL INTERACTIONS OF ADOLESCENTS
WITH SEIZURES OR SEIZURE HISTORY

The present research is being undertaken by the Department of Psychology and the Division of Neurology at the Children's Hospital of Eastern Ontario. It is under the direction of Dr. Ian Manion, a psychologist at CHEO, Marie Pelletier, a senior Ph.D. candidate in Clinical Psychology at the University of Ottawa, and Drs. Whiting and Keene, neurologists at CHEO. Our goal is to gather information concerning the social interactions of teenagers who have experienced seizures and how these adolescents and their families cope and adapt to this type of chronic illness.

A member of our research team will visit you twice at your home or, if you prefer, the appointments will be made at CHEO at a time convenient to you. During the first visit we will ask you and your adolescent to each complete a series of questionnaires relating to family issues, your feelings regarding your adolescent's medical condition, as well as issues relating to how others (family, friends) interact with your adolescent. This meeting will take approximately 2 to 3 hours. A second meeting lasting approximately 1 hour would be scheduled one week later. At this meeting we would collect the information that your adolescent will have gathered for us over the course of the week. We will provide your adolescent with an honorarium for each of these sessions as a token of his/her important contribution to this research. The honorarium will range from \$5 to \$10 for the first visit and from \$15 to \$30 for the second visit depending if you are seen in your own home or here at the hospital.

If you and your adolescent decide to participate, you would be free to withdraw from the study at any time. Your participation in the study is fully voluntary and will in no way affect any services that you receive or could receive from the hospital. All gathered information will remain completely confidential. A summary of the results of this research will be available to you at your request. If you have any concerns or questions, they can be directed to Dr. Manion at 738-3916 or Marie Pelletier at 737-2492.

.../2

- 2 -

There are two copies of the consent form, one which you may keep.

Name of the adolescent _____

Name of the parent _____

I have read this information and I agree to participate in the present research. I have talked about this research with my adolescent and I believe that he/she has understood and voluntarily accepts to participate.

Parent's signature _____

Adolescent's signature _____

Date _____

Researcher's signature _____

Witnessed by _____

Appendice D
Formulaire de consentement
pour les sujets du groupe de comparaison



**CONSENT LETTER
SOCIAL INTERACTIONS OF ADOLESCENTS
WITH A CHRONIC ILLNESS**

We are looking for adolescents, who have never experienced a chronic illness, to participate in a comparison group for a research project at CHEO. This research is investigating the social interactions of teenagers with a chronic illness, and how these adolescents and their families cope and adapt to this type of condition.

The present research is being undertaken by the Department of Psychology and the Division of Neurology at the Children's Hospital of Eastern Ontario. It is under the direction of Dr. Ian Manion, a psychologist at CHEO, Marie Pelletier, a senior Ph.D. candidate in Clinical Psychology at the University of Ottawa, and Drs. Whiting and Keene, neurologists at CHEO.

A comparison group of teenagers who have never experienced a chronic illness will help us to better understand how adolescents with a chronic illness are different from those who have never received this type of diagnosis. A member of our research team will visit you twice at your home or, if you prefer, the appointments will be made at CHEO at a time convenient to you. During the first visit we will ask you and your adolescent to each complete a series of questionnaires relating to family issues as well as issues relating to how others (family, friends) interact with your adolescent. This meeting will take approximately 2 to 3 hours. A second meeting lasting approximately 1 hour would be scheduled one week later. At this meeting we would collect the information that your adolescent will have gathered for us over the course of the week. We will provide your adolescent with an honorarium for each of these sessions as a token of his/her important contribution to this research. The honorarium will range from \$5 to \$10 for the first visit and from \$15 to \$30 for the second visit depending if you and your adolescent are seen in your own home or here at the hospital.

If you and your adolescent decide to participate, you would be free to withdraw from the study at any time. Your participation in the study is fully voluntary and will in no way affect any services that you receive or could receive from the hospital.

.../2

- 2 -

All gathered information will remain completely confidential. A summary of the results of this research will be available to you at your request. If you have any concerns or questions, they can be directed to Dr. Manion at 738-3916 or Marie Pelletier at 737-2492.

There are two copies of the consent form, one which you may keep.

Name of the adolescent _____

Name of the parent _____

I have read this information and I agree to participate in the present research. I have talked about this research with my adolescent and I believe that he/she has understood and voluntarily accepts to participate.

Parent's signature _____

Adolescent's signature _____

Date _____

Researcher's signature _____

Witnessed by _____

Appendice E
Questionnaire médical des neurologues

To be completed by Neurologist

MEDICAL QUESTIONNAIRE

Adolescent's surname: _____

First name: _____

Chart number: _____ I.D. number: _____

Diagnoses: 1. _____

2. _____

3. _____

Date of the diagnosis of epilepsy: _____

Present level of control of epileptic seizures within the last six months:

Complete control: _____ Partial control: _____

Medication: No ____ Yes ____ (If yes, please specify)

Medication(s):

1. _____

2. _____

3. _____

Side effects: No ____ Yes ____ (If yes, please specify)

Have the diagnoses, the level of control of the seizures and/or the treatment's characteristics (type of medication, dosage) changed significantly since the onset of your patient's puberty?

No ___ Yes ___ (If yes, please specify)

Date of the last seizure: _____

Does your patient take his/her medication regularly in accordance with prescription directions?

Always ___ Most of the time ___ Often ___ Rarely ___

He/she refuses to take his/her medication ___ Don't know ___

No medication prescribed at this time ___

Does your patient show up for his/her medical visits?

Always ___ Most of the time ___ Often ___ Rarely ___

He/she refuses to come ___

This patient is no longer followed by me ___

Does he/she usually come alone or with someone?

Alone ___ With someone ___ With whom? _____

Frequency of medical visits:

Less than twice a year ___ 2 to 11 times a year ___

Once a month or more ___

Is your patient well informed regarding the nature of his/her seizures and their treatment?

Fully ____ Very well ____ Well ____ Little ____

Very little ____ Don't know ____

Does he/she express any recurring questions or concerns regarding his/her medical status?

No ____ Don't know ____ Yes ____ (If yes, please specify)

Please name any other handicap, medical or psychological problem (language, motor skills, behaviour, emotional, etc.) your patient has:

Comments:

Completed by: _____ **Date:** _____

Appendice F
Questionnaire médical
des adolescents du groupe clinique

(To be completed by adolescent)

MEDICAL QUESTIONNAIRE

Last name: _____

First name: _____ I.D. number: _____

Diagnosis (please, be as precise as possible; for example, name the type of seizures): _____

How old were you when you realized you were having seizures?

Information regarding your medical condition before you were 11 years old:

- Level of control of your seizures before you were 11 years old:

Complete control: _____ Partial control: _____

- How often did you have seizures before you were 11 years old?

(please check below)

1 or more a day _____ 1 to 6 a week _____

1 to 3 a month _____ 1 to 11 a year _____

None _____

- Were you taking medications to treat your seizures before you were 11 years old? No _____ Yes _____ If yes, please specify the medications taken:

- Did you notice any side effects with the medication(s) you were taking? No _____ Yes _____ If yes, please check below all the side effects that you experienced before you turned 11 years old:

- concentration difficulties _____
- memory problems _____
- fatigue or lethargy _____
- loss of coordination _____
- nausea, vomiting _____
- appetite loss _____
- visual problems _____
- slurred speech _____
- sleep disturbances _____
- hyperactivity _____
- irritability _____
- other (specify) _____
- _____
- _____
- _____

- Has the diagnosis, the level of control of your seizures and/or the treatment (type of medication, dosage, etc.) changed since you turned 11?

No _____ Yes _____ If yes, please specify _____

Information regarding your medical condition right now:

- Present level of control of your seizures:

Complete control: _____ Partial control: _____

- How often do you have seizures now?

1 or more a day _____ 1 to 6 a week _____

1 to 3 a month _____ 1 to 11 a year _____

None _____

- Date of your last seizure: _____

- Are you taking any medications now: No _____ Yes _____ If

yes, please specify the medications taken :

- Do you notice any side effects with the medication(s) you take now? No _____ Yes _____ If yes, please check below all the side effects that you experience now:

- concentration difficulties _____
- memory problems _____
- fatigue or lethargy _____
- loss of coordination _____
- nausea, vomiting _____
- appetite loss _____
- visual problems _____
- slurred speech _____
- sleep disturbances _____
- hyperactivity _____
- irritability _____

- other (specify) _____

- Have you ever had a seizure:

- in the presence of individuals other than family members?

No _____ Yes _____ If yes, who? (e.g., friend,
 stranger, classmate?) _____

- If yes, what kind of seizures was it? _____

and where did it occur (please check below)?

At school _____ At a friend's house _____

In a public place (e.g., shopping center) _____

Other (specify): _____

- Do you take your medication regularly according to doctor's
 orders?

Always _____ Most of the time _____ Often _____ Rarely _____

I refuse to take my medication _____

No medication prescribed at this time _____

- Which family member is in charge of administering your
 medication (you, your mother, your father, other)?

- Which family member is in charge of booking appointments with
 your neurologist? _____

- How often do you have appointments with your neurologist?

Less than twice a year _____ 2 to 11 times a year _____

Once a month or more _____

- Do you show up for these appointments?
 Always ____ Most of the time ____ Often ____ Rarely ____
 I refuse to come ____ I no longer have any appointments ____
- Do you usually go alone or with someone?
 Alone ____ With someone ____ With whom? _____

- Which family member is responsible for telling others
 (teachers, friends, neighbours, etc.) about your medical
 condition?
 Mother ____ Father ____ Adolescent ____ Siblings ____
 Other (specify) _____
 No one, we don't tell anyone ____
- Are you well informed about the nature of your seizures and
 their treatment?
 Fully ____ Very well ____ Well ____ Little ____ Very little ____
- Do you have any recurring questions or concerns regarding your
 seizures?
 No ____ Yes ____ If yes, please specify: _____

- On average, how many days of school do you miss in a month?

- Do you have your driver's licence? No ____ Yes ____
- If yes, do you currently drive a car? No ____ Yes ____
- If no to either question, is it because of your seizure
 history? No ____ Yes ____

- Have your parents placed any restrictions on your activities due to your medical condition, e.g., sports (i.e., swimming), driving, sleep-overs, parties? No ____ Yes ____ If yes, please specify: _____

- If applicable, please list any other problems you have encountered or are presently experiencing (learning difficulties, medical or psychological problems):

- Have you ever participated in therapy of a psychological or psychiatric nature (including individual, group, or family therapy)? No ____ Yes ____
If yes, please specify the type of intervention, the date and its duration: _____

- Comments: _____

- Completed by: _____ Date: _____

Appendice G
Questionnaire médical
des adolescents du groupe de comparaison

(To be completed by adolescent)

MEDICAL QUESTIONNAIRE

Last name: _____

First name: _____ I.D. number: _____

Which family member is in charge of booking doctor's appointments
for you when required? _____

How often do you have doctor's appointments?

Less than twice a year _____ 2 to 11 times a year _____

Once a month or more _____

Do you show up for scheduled appointments?

Always _____ Most of the time _____ Often _____ Rarely _____

I refuse to come _____

Do you usually go alone or with someone?

Alone _____ With someone _____ With whom? _____

Have you ever had a seizure? No _____ Yes _____

If yes, please specify the type of seizure and the age you were
when it occurred: _____

On average, how many days of school do you miss in a month?

Do you have your driver's licence? No _____ Yes _____

- If yes, do you currently drive a car? No _____ Yes _____

- If no to either question, please specify why not (e.g. medical
problems, age, other): _____

Have your parents placed any restrictions on your activities (e.g. sports, driving, sleep-overs, parties) due to medical condition? No ____ Yes ____ If yes, please specify: _____

If applicable, please list any problems you have encountered or are presently experiencing (medical or psychological problems, learning difficulties): _____

Have you ever participated in therapy of a psychiatric or psychological nature (including individual, group, or family therapy)? No ____ Yes ____ If yes, please specify the type of intervention, the date and its duration: _____

Comments: _____

Completed by: _____ Date: _____

Appendice H
List of Important People in Your Life

LIST THE IMPORTANT PEOPLE IN YOUR LIFE

NAME: _____ FIRST NAME _____
DATE OF BIRTH: _____ I.D. NUMBER _____

This questionnaire is about people who are IMPORTANT in your life right now. By IMPORTANT, we mean:

People you spend time with or do things with;
People you like a lot or who like you a lot;
People to whom you feel close;
People you go to for advice;
People who make important decisions about, or
influence your life.

List below the names of people who are important in your life RIGHT NOW. Make the list as long or as short as you wish. You should include family, friends, as well as important adults (e.g. teachers, coaches, employers, physicians, etc.) Don't worry if you're not sure of the spelling.

On the next pages, you will have to answer questions for each of the most important people you listed.

What is this person's name? First Name.Last Name/Initial	Is this person Male? Female?	About how old is this person?
e.g. Steve P.	M ☒ F ☐	12 Yrs.
1.	M ☐ F ☐	Yrs.
2.	M ☐ F ☐	Yrs.
3.	M ☐ F ☐	Yrs.
4.	M ☐ F ☐	Yrs.
5.	M ☐ F ☐	Yrs.
6.	M ☐ F ☐	Yrs.
7.	M ☐ F ☐	Yrs.
8.	M ☐ F ☐	Yrs.
9.	M ☐ F ☐	Yrs.
10.	M ☐ F ☐	Yrs.
11.	M ☐ F ☐	Yrs.
12.	M ☐ F ☐	Yrs.
13.	M ☐ F ☐	Yrs.
14.	M ☐ F ☐	Yrs.
15.	M ☐ F ☐	Yrs.

On the next pages, write the name of each person you've listed beside the number that corresponds to it and then answer the questions for each of these people as shown in the example.

	NAME: <u>Steve P.</u>	1.	2.
Is this person related to you?	Yes _____ No <u>X</u>	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____
If YES, how? (brother, sister, father, mother, aunt, uncle, cousin, etc.)	_____	_____	_____
If NO, what is this person's relationship to you? (boy/girlfriend, teammate, teacher, friend, coach, employer, neighbour)	<u>Best friend</u>	_____	_____
Where do you see this person most often? a) school b) home c) neighbourhood d) clubs/teams e) hospital f) work g) other (describe)	a) <u>X</u> b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
How long have you known this person?	<u>2</u> yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months
How often do you see or talk to this person? a) almost everyday b) several times a week c) once a week d) every month e) not very often f) almost never	a) <u>X</u> b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____

NAME:

3.

4.

5.

Is this person related to you?	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____
If YES, how? (brother, sister, father, mother, aunt, uncle, cousin, etc.)	_____	_____	_____
If NO, what is this person's relationship to you? (boy/girlfriend, teammate, teacher, friend, coach, employer, neighbour)	_____	_____	_____
Where do you see this person most often? a) school b) home c) neighbourhood d) clubs/teams e) hospital f) work g) other (describe)	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
How long have you known this person?	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months
How often do you see or talk to this person? a) almost everyday b) several times a week c) once a week d) every month e) not very often f) almost never	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____

NAME: / /

6.

7.

8.

Is this person related to you?	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____
If YES, how? (brother, sister, father, mother, aunt, uncle, cousin, etc.)	_____	_____	_____
If NO, what is this person's relationship to you? (boy/girlfriend, teammate, teacher, friend, coach, employer, neighbour)	_____	_____	_____
Where do you see this person most often? a) school b) home c) neighbourhood d) clubs/teams e) hospital f) work g) other (describe)	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
How long have you known this person?	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months
How often do you see or talk to this person? a) almost everyday b) several times a week c) once a week d) every month e) not very often f) almost never	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____

NAME: _____			
	9.	10.	11.
Is this person related to you?	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____
If YES, how? (brother, sister, father, mother, aunt, uncle, cousin, etc.)	_____	_____	_____
If NO, what is this person's relationship to you? (boy/girlfriend, teammate, teacher, friend, coach, employer, neighbour)	_____	_____	_____
Where do you see this person most often? a) school b) home c) neighbourhood d) clubs/teams e) hospital f) work g) other (describe)	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
How long have you known this person?	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months
How often do you see or talk to this person? a) almost everyday b) several times a week c) once a week d) every month e) not very often f) almost never	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____

	12.	13.	14.
Is this person related to you?	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____
If YES, how? (brother, sister, father, mother, aunt, uncle, cousin, etc.)	_____	_____	_____
If NO, what is this person's relationship to you? (boy/girlfriend, teammate, teacher, friend, coach, employer, neighbour)	_____	_____	_____
Where do you see this person most often? a) school b) home c) neighbourhood d) clubs/teams e) hospital f) work g) other (describe)	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
How long have you known this person?	____ yrs./ ____ months	____ yrs./ ____ months	____ yrs./ ____ months
How often do you see or talk to this person? a) almost everyday b) several times a week c) once a week d) every month e) not very often f) almost never	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____

NAME:

15.

Is this person related to you?	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____	Yes _____ No _____
If YES, how? (brother, sister, father, mother, aunt, uncle, cousin, etc.)	_____	_____	_____
If NO, what is this person's relationship to you? (boy/girlfriend, teammate, teacher, friend, coach, employer, neighbour)	_____	_____	_____
Where do you see this person most often? a) school b) home c) neighbourhood d) clubs/teams e) hospital f) work g) other (describe)	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____ g) _____
How long have you known this person?	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months	_____ yrs./ _____ months
How often do you see or talk to this person? a) almost everyday b) several times a week c) once a week d) every month e) not very often f) almost never	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____	a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____ f) _____

Appendice I
Network of Relationships Inventory



UNIVERSITY of DENVER

Department of Psychology

March 13, 1996

Ms. Marie Pelletier
21-255 Stewart
Ottawa, Ontario
CANADA K1N 6K3

Dear Ms. Pelletier:

Enclosed you will find information concerning the Network of Relationships Inventory. We have deleted the importance scale and have added nurturance and punishment scales. I would be pleased to have you use them, but I do have two requests.

- 1) You may only want to use certain scales or have children rate only certain individuals. I do not mind this kind of reduction, but I would appreciate it if the scales that are used are kept intact (i.e., not reducing the number of items to one or two or rewriting specific items). These kinds of changes make it difficult to compare results.
- 2) I would appreciate receiving information about the results of your work.

I hope you find these scales useful. This letter gives you permission to use the inventory. Good luck with your research!

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script that reads "Wyndol Furman".

Wyndol Furman, Ph.D.
Professor

2155 S Race St. Denver, Colorado 80208 303-871-2478

The University of Denver is an equal opportunity/affirmative action institution

Your Relationships

NAME _____ DOB _____

I.D. Number _____ Boy ____ Girl ____ Age _____ Grade _____

Everyone has a number of people who are important in their life. For example, your parents, relatives, teachers, friends, and brothers and sisters are people who might be important to you. In this questionnaire, we ask about your relationships with these people. The first questions ask you to pick the people you will rate. On the next pages, you'll answer questions about these people.

1. Circle all the parents you have who are living:

Natural Mother	Step-Mother	Foster Mother	Adoptive Mother
Natural Father	Step-Father	Foster Father	Adoptive Father

2. Circle the parents you live with right now:

Natural Mother	Step-Mother	Foster Mother	Adoptive Mother
Natural Father	Step-Father	Foster Father	Adoptive Father

None (I am not living at home)

3. Circle one of the following adult relatives who is MOST IMPORTANT to you?

Grandmother Grandfather Aunt Uncle Other (Who?) _____

4. Please list the first name and last initial of your best friend who is the SAME sex as you. This should be a person that you see regularly. It should not be a friend who lives somewhere that you seldom spend time with:

a. _____
(first name) (last initial)

b. This person is a: boy ____ girl ____

c. How long have you been friends? ____ years ____ months

5. Please list the first name and initial of your current boyfriend (if you are a girl) or girlfriend (if you are a boy). If you don't have a boy/girlfriend NOW, leave these questions blank.

a. _____
(first name) (last initial)

b. How long have you been friends? ____ years ____ months

The next questions ask you about your relationships with the same people you have been describing in the previous questions. In particular, we want to know about:

- 1) your mother or step-mother (if you have both, describe your relationship with the one you live with most often).
- 2) your father or step-father (if you have both, describe your relationship with the one you live with most often).
- 3) the adult relative who is most important to you.
- 4) your best friend.
- 5) your boy/girlfriend (if you have one currently) and
- 6) your sibling that is most important to you.
- 7) your other important friend and
- 8) the teacher who is most important to you.
- 9) your other important adult.

Answer each of the following questions for each person who you have a relationship with (e.g., circle a number for mother, a number for father, etc.) For example, question 1 asks "how much free time do you spend with your mother? father? relative?" etc. If you don't have a boy/girlfriend or one of the other relationships, just leave it blank. Sometimes the answers for different people may be the same, but often they are different.

1. How much free time do you spend with this person?

		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend	..	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

2. How much do you and this person get upset with or mad at each other?

		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend	..	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

3. How much does this person teach you how to do things that you don't know?

	Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	
Mother	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5							

4. How satisfied are you with your relationship with this person?

	Little or Not Satisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied	EXTREMELY Satisfied	THE MOST Satisfied		Little or Not Satisfied	Somewhat Satisfied	Very Satisfied	EXTREMELY Satisfied	THE MOST Satisfied	
Mother	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5							

5. How much do you tell this person everything?

	Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	
Mother	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5							

6. How much do you help this person with things s/he can't do by him/herself?

		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The most		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The most	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

7. How much does this person like or love you?

		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The most		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The most	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

8. How much does this person treat you like you're admired and respected?

		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The most		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The most	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

9. Who tells the other person what to do more often, you or this person?

	He/She almost always does	He/She often does	About the same	I often do	I almost always do	He/She almost always does	He/She often does	About the same	I often do	I almost always do	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

10. How sure are you that this relationship will last no matter what?

	Little or not sure	Somewhat sure	Very sure	EXTREMELY sure	THE MOST	Little or not sure	Somewhat sure	Very sure	EXTREMELY sure	THE MOST	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

11. How much do you play around and have fun with this person?

	Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

12. How much do you and this person disagree and quarrel?

		<i>Little or none</i>	<i>Somewhat</i>	<i>Very much</i>	<i>Extremely much</i>	<i>THE MOST</i>		<i>Little or none</i>	<i>Somewhat</i>	<i>Very much</i>	<i>Extremely much</i>	<i>THE MOST</i>	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

13. How much does this person help you figure out or fix things?

		<i>Little or none</i>	<i>Somewhat</i>	<i>Very much</i>	<i>Extremely much</i>	<i>THE MOST</i>		<i>Little or none</i>	<i>Somewhat</i>	<i>Very much</i>	<i>Extremely much</i>	<i>THE MOST</i>	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

14. How happy are you with the way things are between you and this person?

		<i>Little or Not Happy</i>	<i>Somewhat Happy</i>	<i>Very Happy</i>	<i>Extremely Happy</i>	<i>THE HAPPIEST</i>		<i>Little or Not Happy</i>	<i>Somewhat Happy</i>	<i>Very Happy</i>	<i>Extremely Happy</i>	<i>THE HAPPIEST</i>	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

15. How much do you share your secrets and private feelings with this person?

	Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	
Mother	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5							

16. How much do you protect and look out for this person?

	Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	
Mother	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5							

17. How much does this person really care about you?

	Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST		Little or none	Somewhat	Very much	EXTREMELY much	THE MOST	
Mother	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5							

18. How much does this person treat you like you're good at many things?

	Little or none					Little or none					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

19. Between you and this person, who tends to be boss in this relationship?

	He/she almost always does					He/she almost always does					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

20. How sure are you that your relationship will last in spite of fights?

	Little or Not Sure					Little or Not Sure					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

21. How often do you go places and do enjoyable things with this person?

	Little or Never Sometimes A Lot Extremely a Lot The Most					Little or Never Sometimes A Lot Extremely a Lot The Most					
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

22. How much do you and this person argue with each other?

		Little or none					Somewhat					Very much					Extremely much					THE MOST				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Mother	.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling														
Father	.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend														
Relative	.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher														
Best friend	..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult														
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5																				

23. How often does this person help you when you need to get something done?

How often does this person help you when you are in trouble?	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
	Little or never	Sometimes	A lot	Extremely a lot	The most	Little or never	Sometimes	A lot	Extremely a lot	The most	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

24. How good is your relationship with this person?

		Not Good	Somewhat good	Very good	Great	The Best		Not Good	Somewhat good	Very good	Great	The Best	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

25. How much do you talk to this person about things that you don't want others to know?

		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The Most		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The Most	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

26. How much do you take care of this person?

		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The Most		Little or none	Somewhat	Very much	Extremely much	The Most	
Mother	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..		1	2	3	4	5		1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5							

27. How much does this person have a strong feeling of affection (love or liking) toward you?

	Little or none					Little or none					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

28. How much does this person like or approve of the things you do?

	Little or none					Little or none					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

29. In your relationship with this person, who tends to take charge and decides what should be done?

	He/She almost always does					He/She almost always does					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Mother	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend ..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend	1	2	3	4	5						

30. How sure are you that your relationship will continue in the years to come?

		Little or Not Sure Somewhat Sure Very Sure Extremely Sure Not sure					Little or Not Sure Somewhat Sure Very Sure Extremely Sure Not sure					
Mother	.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Sibling
Father	.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important friend
Relative	.....	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Teacher
Best friend	..	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Other important adult
Boy/Girlfriend		1	2	3	4	5						

Appendice J
Formulaire d'auto-évaluation utilisé
dans le cadre de l'Experience Sampling Method

Date: _____ Time began/filled out: _____ / _____

Where were you: _____

What was the MAIN thing you were doing: _____

Who were you with? () brother(s)/sister(s) () mom () dad () strangers
() friends: number _____ (initials _____, _____, _____, _____)
() alone () other: _____

Thoughts at the time, feelings or general comments (write on back if necessary):

Appendice K
Questionnaire socio-démographique

(To be completed by parents)

SOCIODEMOGRAPHIC QUESTIONNAIRE

Adolescent's surname: _____

First name: _____ I.D. number: _____

Date of birth: _____ Age: _____ Sex: _____

Address: _____

Postal code: _____

Home phone number: (____) - _____

Work phone number: (____) - _____ (mother)

(____) - _____ (father)

Name of school: _____

City or Town: _____

Present grade level: _____

Type of school program (please circle):

1. Regular program
2. Regular program with tutor
3. Special program for learning disabilities
4. Special program for those with behavioural and emotional problems or developmental problems
5. Other (please specify): _____

If your adolescent is presently employed, indicate the type of work (part-time or full-time) and the position held (for example, clerk in clothing store, cashier in grocery store):

How many hours a week does your adolescent work? _____

Did your adolescent have a job last summer: Yes _____ No _____

If yes, was it a full-time job _____ or a part-time job _____

Father's surname: _____

First name: _____ Age: _____

Highest level of education attained: _____

Occupation: _____

Mother's surname: _____

First name: _____ Age: _____

Highest level of education attained: _____

Occupation: _____

Combined family income (per year): _____

Marital status of parents (please circle one):

Married Divorced Separated Common-law One-parent Single

Other (please specify): _____

Place of residence of your adolescent (parents' home, father's, mother's, other, please specify): _____

Is your adolescent adopted? No _____ Yes _____

If yes, at what age? _____

Language most spoken at home: _____

Other languages: _____

List the adolescent's immediate family members (specify their name, age and relation to adolescent):

(1)

Surname	First name	Age	Relation to adolescent
---------	------------	-----	------------------------

(2)

Surname	First name	Age	Relation to adolescent
---------	------------	-----	------------------------

(3)

Surname	First name	Age	Relation to adolescent
---------	------------	-----	------------------------

(4)

Surname	First name	Age	Relation to adolescent
---------	------------	-----	------------------------

(5)

Surname	First name	Age	Relation to adolescent
---------	------------	-----	------------------------

Completed by: _____ Date: _____

Relation to adolescent: _____

Appendice L
Questionnaire médical
des parents du groupe clinique

(To be completed by parents)

MEDICAL QUESTIONNAIRE

Adolescent's surname: _____

First name: _____ I.D. number: _____

Name of family doctor: _____

Name of neurologist: _____

Diagnosis (please, be as precise as possible; for example, name the type of seizures): _____

Age of adolescent when diagnosed: _____

Information regarding your adolescent's medical condition before the onset of puberty (11 years old or less):

- Level of control of seizures before the age of 11:

Complete control: _____ Partial control: _____

- Frequency of seizures before the age of 11 (please check below):

1 or more a day _____ 1 to 6 a week _____

1 to 3 a month _____ 1 to 11 a year _____

None _____

- Type of treatments before the age of 11:

- Surgery: No _____ Yes _____

If yes, please indicate the date: _____

- Medication before the age of 11: No _____ Yes _____ If yes,
please specify the medications taken:

- Were there noticeable side effects with the medication(s)
taken? No _____ Yes _____ If yes, please check below all the
side effects that you observed in your child before the onset
of puberty:

- concentration difficulties _____
- memory problems _____
- fatigue or lethargy _____
- loss of coordination _____
- nausea, vomiting _____
- appetite loss _____
- visual problems _____
- slurred speech _____
- sleep disturbances _____
- hyperactivity _____
- irritability _____
- other (specify) _____
- _____
- _____
- _____

- Has the diagnosis, the level of control of the seizures and/or the treatment's characteristics (type of medication, dosage, etc.) changed since the onset of puberty of your adolescent?
 No _____ Yes _____ If yes, please specify _____

Information regarding your adolescent's present medical condition:

- Present level of control of seizures:
 Complete control: _____ Partial control: _____
- Present frequency of seizures (please check below):
 1 or more a day _____ 1 to 6 a week _____
 1 to 3 a month _____ 1 to 11 a year _____
 None _____
- Date of the last seizure: _____
- Type of treatments since the age of 11:
- Surgery: No _____ Yes _____
 If yes, please indicate the date: _____
- Medication taken now: No _____ Yes _____ If yes, please specify the medications taken:

- Are there noticeable side effects with the medication(s) taken now? No _____ Yes _____ If yes, please check below all the side effects that you observe in your adolescent at this time:

- concentration difficulties _____
- memory problems _____
- fatigue or lethargy _____
- loss of coordination _____
- nausea, vomiting _____
- appetite loss _____
- visual problems _____
- slurred speech _____
- sleep disturbances _____
- hyperactivity _____
- irritability _____
- other (specify) _____
- _____
- _____
- _____
- _____

- Has your adolescent ever had a seizure:

- in the presence of individuals other than family members?
No _____ Yes _____ If yes, who? (e.g., friend, stranger, classmate?) _____
- If yes, what kind of seizures was it? _____
and where did it occur (please check below)?
At school _____ At a friend's house _____
In a public place (e.g., shopping center) _____
Other (specify): _____

- Does your adolescent take his/her medication regularly in accordance with doctor's orders?
 Always ____ Most of the time ____ Often ____ Rarely ____
 He/she refuses to take his/her medication ____ Don't know ____
 No medication prescribed at this time ____
- Which family member is in charge of administering the medication (mother, father, adolescent, other)?

- Which family member is in charge of booking appointments with the neurologist? _____
- Frequency of appointments with the neurologist:
 Less than twice a year ____ 2 to 11 times a year ____
 Once a month or more ____
- Does your adolescent show up for these appointments?
 Always ____ Most of the time ____ Often ____ Rarely ____
 He/she refuses to come ____ No longer has any appointments ____
- Does he/she usually go alone or with someone?
 Alone ____ With someone ____ With whom? _____

- Which family member is responsible for informing others (teachers, friends, neighbours, etc.) about the medical condition of your adolescent?
 Mother ____ Father ____ Adolescent ____ Siblings ____
 Other (specify) _____
 No one, we don't tell anyone ____

- Is your adolescent well informed regarding the nature of his/her seizures and their treatment?

Fully ____ Very well ____ Well ____ Little ____ Very little ____

Don't know ____

- Does he/she express any recurring questions or concerns regarding his/her medical status?

No ____ Yes ____ If yes, please specify: _____

- On average, how many days of school does your adolescent miss in a month? _____

- Does your adolescent have his/her driver's licence?

No ____ Yes ____

- If yes, does he/she currently drive a car? No ____ Yes ____

- If no to either question, is it because of seizure history?

No ____ Yes ____

- Have you placed any restrictions on your adolescent's activities due to his/her medical condition; e.g., sports (i.e., swimming), driving, sleep-overs, parties?

No ____ Yes ____ If yes, please specify: _____

- If applicable, please list any other problems your adolescent has encountered or is presently experiencing (learning difficulties, medical or psychological problems):

- Has your adolescent ever participated in therapy of a psychological or psychiatric nature (including individual, group, or family therapy)? No _____ Yes _____

If yes, please specify the type of intervention, the date and its duration: _____

- Comments: _____

- Completed by: _____ Date: _____

- Relation to adolescent: _____

Appendice M
Questionnaire médical
des parents du groupe de comparaison

(To be completed by parents)

MEDICAL QUESTIONNAIRE

Adolescent's surname: _____

First name: _____ I.D. number: _____

Name of family doctor: _____

Which family member is in charge of booking doctor's appointments
for your adolescent when required? _____

How often does your adolescent see a doctor?

Less than twice a year _____ 2 to 11 times a year _____

Once a month or more _____

Does your adolescent show up for scheduled appointments?

Always _____ Most of the time _____ Often _____ Rarely _____

He/she refuses to come _____

Does he/she usually go alone or with someone?

Alone _____ With someone _____ With whom? _____

Has your adolescent ever had a seizure? No _____ Yes _____

If yes, please specify the type of seizure and the age of your
adolescent when it occurred: _____

On average, how many days of school does your adolescent miss in
a month? _____

Does your adolescent have his/her driver's licence?

No _____ Yes _____

- If yes, does he/she currently drive a car? No _____ Yes _____

- If no to either question, please specify why not (e.g. medical problems, age, other): _____

Have you placed any restrictions on your adolescent's activities (e.g. sports, driving, sleep-overs, parties) due to a medical condition? No _____ Yes _____ If yes, please specify: _____

If applicable, please list any problems your adolescent has encountered or is presently experiencing (medical or psychological problems, learning difficulties): _____

Has your adolescent ever participated in therapy of a psychiatric or psychological nature (including individual, group, or family therapy)? No _____ Yes _____ If yes, please specify the type of intervention, the date and its duration: _____

Comments: _____

Completed by: _____ Date: _____

Relation to adolescent: _____

Appendice N
Scores moyens et écart-types
des variables des groupes clinique et de comparaison.
selon la perspective des adolescents et de leurs parents

Appendice N

Scores moyens et écart-types des variables des groupes clinique et de comparaison, selon la perspective des adolescents et de leurs parents

Variables	Groupe clinique			Groupe de comparaison		
	M	ET	n	M	ET	n
<u>Rapport de l'adolescent:</u>						
Concept de soi global (SDQ-II)	53.5	9.3	69	58.8	6.1	70
Problèmes émotifs (YSR)	52.1	8.9	70	48.1	9.0	70
Problèmes comportementaux (YSR)	48.4	10.6	70	50.1	8.1	70
Compétences sociales (YSR)	47.0	10.7	66	53.5	8.7	70
Taille totale du réseau social (LIPL)	9.4	3.8	69	10.9	3.5	70
Taille du réseau social des pairs (LIPL)	4.3	3.2	69	5.7	3.2	70
Pourcentage de temps passé avec les pairs (ESM)	20.5	11.9	70	27.3	13.6	70
Concept de soi social (SDQ-II) par rapport aux pairs du même sexe	53.3	11.1	67	59.0	6.2	69
du sexe opposé	50.5	12.5	67	55.5	9.3	69
Niveau de support social perçu dans la relation avec le meilleur ami (NRI)	27.3	5.3	67	28.2	4.0	70
Niveau de satisfaction perçu dans la relation avec le meilleur ami (NRI)	4.3	0.7	67	4.4	0.6	70

Appendice N suite ...

Rapport de l'adolescent (suite):

Proportion du réseau social représentée par la famille (LIPL)	51.2	23.0	69	41.2	18.9	70
Pourcentage de temps passé avec la famille (ESM)	37.4	16.9	70	27.1	15.2	70
Dynamique familiale (FES)						
échelle de cohésion	51.9	12.4	70	53.2	15.5	70
échelle d'expression	43.0	10.5	70	41.2	12.8	70
échelle d'indépendance	42.9	13.3	70	49.0	10.3	70
échelle d'organisation	53.6	12.2	70	54.0	11.2	70
échelle de contrôle	53.2	12.1	70	52.1	11.0	70
Niveau de support social perçu dans la relation avec la mère (NRI)	26.8	5.5	68	25.3	5.3	70
Niveau de satisfaction perçu dans la relation avec la mère (NRI)	4.1	1.0	68	3.9	1.0	70
Niveau de support social perçu dans la relation avec le père (NRI)	25.0	6.5	67	24.3	5.6	69
Niveau de satisfaction perçu dans la relation avec le père (NRI)	3.8	1.3	67	3.8	1.1	69

Rapport du parent participant:

Problèmes émotifs (CBCL)	55.6	9.8	70	49.6	9.7	70
Problèmes comportementaux (CBCL)	50.3	10.2	70	46.7	8.5	70
Compétences sociales (CBCL)	44.3	10.1	66	51.7	7.7	70
Dynamique familiale (FES)						
échelle de cohésion	54.6	12.8	70	57.5	10.8	70
échelle d'expression	52.0	10.9	70	52.6	12.4	70
échelle d'indépendance	46.6	11.5	70	48.4	11.3	70
échelle d'organisation	53.7	12.1	70	54.8	10.5	70
échelle de contrôle	53.8	10.6	70	52.3	11.0	70

Note. SDQ-II = Self-Description Questionnaire-II. YSR = Youth Self-Report. LIPL = List of Important People in your Life. ESM = Experience Sampling Method. NRI = Network of Relationships Inventory. FES = Family Environment Scale. CBCL = Child Behavior Checklist/4-18.

Appendice O

Description des résultats des hypothèses 1 à 3
avec le sous-échantillon de 112 sujets

Description des résultats des hypothèses 1 à 3

avec le sous-échantillon de 112 sujets

Afin d'explorer l'influence possible du niveau socio-économique sur les résultats des hypothèses 1 à 3, un sous-échantillon de 112 sujets a été formé de manière à ce que les scores moyens du revenu familial annuel des deux groupes de sujets soient équivalents. Puis, des analyses statistiques identiques à celles effectuées avec l'échantillon initial de 140 sujets ont été entreprises dans le but de vérifier les hypothèses 1 à 3 (voir pages 96 à 115). La section qui suit contient un résumé des résultats qui se sont avérés différents de ceux obtenus avec l'échantillon initial de 140 sujets. En effet, des résultats différents sont apparus lors de sept des 22 analyses statistiques (MANOVAs, tests *t*, tests chi-carrés) effectuées afin de vérifier les hypothèses 1 à 3. Ce sont les résultats de ces sept analyses qui seront exposés. Mais, au préalable, une description des variables socio-démographiques de ce sous-échantillon de 112 sujets sera donnée.

Comparaison des variables socio-démographiques du groupe clinique et du groupe de comparaison (N = 112)

Tel que l'illustre le tableau O-1, aucune différence significative n'est apparue entre les deux groupes au niveau du sexe de l'adolescent, de son âge, de sa constellation familiale et de son revenu familial annuel. Il en fut de même au niveau du sexe du parent participant dont les réponses ont été retenues.

Afin de pouvoir comparer ce nouvel échantillon de 112 sujets à l'échantillon initial,

Tableau O-1

Résultats des tests t et chi-carrés concernant les variables socio-démographiques du sous-échantillon de participants des groupes clinique et de comparaison (N = 112)

		Groupe clinique (n = 56)	Groupe de comparaison (n = 56)	t ou χ^2
Adolescent:				
Age	<u>M</u> <u>ET</u>	14.4 1.8	14.4 1.8	t(110) = -.06
Sexe				$\chi^2(1, N=112) = .00$
Filles	<u>Fq</u> <u>%</u>	36 64.3	36 64.3	
Garçons	<u>Fq</u> <u>%</u>	20 35.7	20 35.7	
Parents:				
Participant ^a				$\chi^2(1, N=112) = .00$
Mère	<u>Fq</u> <u>%</u>	45 80.4	45 80.4	
Père	<u>Fq</u> <u>%</u>	11 19.6	11 19.6	
Revenu ^b	<u>M</u> <u>ET</u>	69.4 34.6	75.5 29.2	t(110) = -1.00
Constellation familiale:				$\chi^2(1, N=112) = .29$
1 parent	<u>Fq</u> <u>%</u>	7 12.5	9 16.1	
2 parents	<u>Fq</u> <u>%</u>	49 87.5	47 83.9	

Note. ^aSexe du parent choisi de façon à équilibrer le nombre de mères et de pères participants. ^bRevenu annuel des deux parents en unités de mille dollars.

des analyses supplémentaires concernant le nombre de mères à la maison et la distribution des revenus familiaux des deux groupes ont été effectuées. Les tests chi-carrés de ces analyses n'ont révélé aucune différence significative entre les deux groupes. En effet, 23.2% des mères du groupe clinique et 17.9% des mères du groupe de comparaison ont rapporté qu'elles restaient à la maison; $\chi^2(1, N=112) = .49, p > .05$. De plus, 10.7% des familles du groupe clinique et 3.6% des familles du groupe de comparaison ont relaté avoir un revenu annuel de moins de 30 000\$; $\chi^2(1, N=112) = 2.15, p > .05$.

Comparaison du fonctionnement psychosocial des adolescents atteints d'épilepsie et des adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 1)

Des résultats différents de ceux obtenus avec l'échantillon initial sont apparus lors de certaines des analyses des hypothèses 1b, 1c et 1d.

Hypothèse 1b. Tout comme avec l'échantillon initial, une MANOVA à mesures répétées a été effectuée pour déterminer si selon leurs perceptions et celles de leurs parents, les adolescents atteints d'épilepsie présentaient plus de problèmes émotifs et comportementaux que ceux du groupe de comparaison. Tel que le montre le tableau O-2, contrairement aux résultats obtenus avec l'échantillon de 140 sujets, aucune interaction significative n'est apparue entre les facteurs groupe et source d'information sur les variables prises globalement. De plus, aucun effet principal du facteur groupe n'est ressorti au niveau de la variable problèmes comportementaux. Ainsi, les parents du groupe clinique n'ont pas rapporté plus de problèmes comportementaux chez leur enfant que les parents du groupe de

Tableau O-2

Comparaison des F multivariés et univariés obtenus avec l'échantillon initial et l'échantillon ajusté lors de la MANOVA de l'hypothèse Ib

Variables	Echantillon initial (n = 140)		Echantillon ajusté (n = 112)	
	Groupe(G) ^a	Source(S) ^b	Groupe(G) ^a	Source(S) ^b
Problèmes émotifs et comportementaux pris globalement	8.52 [*]	7.04 [*]	7.51 [*]	7.85 [*]
Problèmes émotifs	15.22 ^{**}	7.68 ^{**}	12.60 ^{**}	7.06 ^{**}
Problèmes comportementaux	-	-	0.13	1.15

Note. ^aGroupe = groupe clinique vs groupe de comparaison. ^bSource = adolescents vs parents. ^cEn l'absence d'effet significatif, aucune analyse univariée n'a été effectuée.

Niveau de signification alpha ajusté à .05 pour la MANOVA et .025 pour les ANOVAs qui ont suivies.

*p < .05, **p < .025.

comparaison, alors que c'était le cas avec l'échantillon de 140 sujets. Par contre, les résultats concernant la variable problèmes émotifs sont demeurés semblables à ceux obtenus avec l'échantillon initial (effets significatifs du facteur groupe et du facteur source d'information).

Hypothèse 1c. Tout comme avec l'échantillon initial, une MANOVA à mesures répétées a été effectuée pour déterminer si selon leurs perceptions et celles de leurs parents, les adolescents atteints d'épilepsie détenaient de moins bonnes compétences sociales que celles de leurs pairs sains. Tel que l'illustre le tableau O-3, le facteur groupe a produit un effet principal significatif, semblable à celui obtenu avec l'échantillon initial. Cependant, aucun effet principal significatif n'est apparu au niveau du facteur source d'information. Les parents et les adolescents des deux groupes ont rapporté des niveaux de compétences sociales similaires. De plus, un résultat différent de celui obtenu avec l'échantillon initial est apparu lors d'une des analyses supplémentaires visant à déterminer le pourcentage de sujets se trouvant dans le créneau clinique. En effet, un test exact de Fisher a révélé que selon la perception des adolescents, aucune différence significative n'était présente entre les deux groupes à ce niveau (voir le tableau O-4).

Hypothèse 1d. Parmi les résultats des trois tests chi-carrés effectués afin de vérifier cette hypothèse, l'un d'entre eux s'est avéré différent de ceux obtenus avec l'échantillon initial. En effet, aucune différence significative n'est apparue entre les deux groupes en ce qui a trait au nombre de sujets ayant redoublé une année scolaire (voir le tableau O-5).

Tableau O-3

Comparaison des F multivariés obtenus avec l'échantillon initial et l'échantillon ajusté lors de la MANOVA de l'hypothèse 1c

Variables	Echantillon initial (n = 140)		Echantillon ajusté (n = 112)	
	Groupe(G) ^a	Source(S) ^b	G X S	G X S
Compétences sociales	27.82 [*]	5.90 [*]	0.30	0.64

Note. ^aGroupe = groupe clinique vs groupe de comparaison. ^bSource = adolescents vs parents.

Niveau de signification alpha ajusté à .025 pour la MANOVA.

^{*}p < .025.

Tableau O-4

Comparaison des résultats obtenus à l'un des tests exacts de Fisher de l'hypothèse 1c avec l'échantillon initial et l'échantillon ajusté

Variables	Echantillon initial (n = 140)				Echantillon ajusté (n = 112)			
	Groupe clinique	Groupe de comparaison	Valeur p		Groupe clinique	Groupe de comparaison	Valeur p	
Compétences sociales (YSR)								
Créneau normal	Eq %	58	69	p < .025	48	55	p > .025	
		87.9	98.6		92.3	98.2		
Créneau clinique	Eq %	8	1		4	1		
		12.1	1.4		7.7	1.8		

Note. YSR = Youth Self-Report.

Niveau de signification alpha ajusté à .025.

Tableau O-5

Comparaison des résultats obtenus à l'un des tests chi-carrés de l'hypothèse 1d avec l'échantillon initial et l'échantillon ajusté

Variables	Echantillon initial (n = 140)			Echantillon ajusté (n = 112)		
	Groupe clinique	Groupe de comparaison	χ^2 (dl, N)	Groupe clinique	Groupe de comparaison	χ^2 (dl, N)
Redoublement			6.38* (1, N = 140)			2.18 (1, N = 112)
Absence	Eq %	56 80.0	66 94.3	47 83.9	52 92.9	
Présence	Eq %	14 20.0	4 5.7	9 16.1	4 7.1	

Note. Niveau de signification alpha ajusté à .017.

*p < .017.

Comparaison de la perception des relations entretenues avec les pairs chez les adolescents atteints d'épilepsie et les adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 2)

Un seul des résultats de l'hypothèse 2a s'est avéré différent de ceux obtenus avec l'échantillon initial.

Hypothèse 2a. Une partie de cette hypothèse prédisait que la taille du réseau social des pairs serait moins élevée chez les adolescents atteints d'épilepsie que chez les adolescents du groupe de comparaison. Comme le montre le tableau O-6, contrairement au résultat obtenu avec l'échantillon initial ($\bar{M} = 4.3$ chez le groupe clinique vs $\bar{M} = 5.7$ chez le groupe de comparaison), aucune différence significative n'est ressortie entre les deux groupes ($\bar{M} = 4.6$ chez le groupe clinique vs $\bar{M} = 5.9$ chez le groupe de comparaison). Soulignons que le résultat de ce test t s'est toutefois avéré marginal ($t(109) = -2.25, p = .027$).

Comparaison de la perception des relations entretenues avec la famille chez les adolescents atteints d'épilepsie et les adolescents du groupe de comparaison (hypothèse 3)

Des résultats différents de ceux obtenus avec l'échantillon initial sont apparus lors de certaines des analyses des hypothèses 3a et 3b.

Hypothèse 3a. Une partie de cette hypothèse prédisait que la proportion du réseau social représentée par les membres de la famille serait plus élevée chez les adolescents atteints d'épilepsie que chez les adolescents du groupe de comparaison. Tel que l'illustre le tableau O-6, contrairement au résultat obtenu avec l'échantillon initial ($\bar{M} = 51.2$ chez le

Tableau O-6

Comparaison des valeurs t obtenues avec l'échantillon initial et l'échantillon ajusté lors des hypothèses 2a et 3a

Variables	Echantillon initial (n = 140)	Echantillon ajusté (n = 112)
Taille du réseau social des pairs	t (137) = -2.66*	t (109) = -2.25*
Proportion du réseau social représentée par la famille	t (137) = 2.79*	t (109) = 1.71

Note. *Résultat marginal, p = .027.

Niveau de signification alpha ajusté à .025.

*p < .025.

groupe clinique vs $\underline{M} = 41.2$ chez le groupe de comparaison), aucune différence significative n'est ressortie entre les deux groupes de sujets ($\underline{M} = 47.4$ chez le groupe clinique vs $\underline{M} = 41.1$ chez le groupe de comparaison).

Hypothèse 3b. Tout comme avec l'échantillon initial, une MANOVA à mesures répétées a été effectuée pour déterminer si les adolescents atteints d'épilepsie et leurs parents avaient une perception plus négative de la dynamique de leur famille que ceux du groupe de comparaison. Tel que le montre le tableau O-7, contrairement aux résultats obtenus avec l'échantillon de 140 sujets, le facteur groupe n'a produit aucun effet principal significatif sur l'ensemble des variables. Par conséquent, aucune analyse au niveau univarié n'a été entreprise. Les résultats concernant le facteur source d'information sont toutefois demeurés semblables à ceux obtenus avec l'échantillon initial (niveau d'expression familiale plus élevé selon les parents des deux groupes).

L'ensemble de ces analyses démontre que, malgré les quelques résultats différents obtenus avec ce sous-échantillon de 112 sujets, aucune des hypothèses 1 à 3 n'a été infirmée. Soulignons enfin que l'apparition de résultats non significatifs lors de quelques-unes de ces analyses de variance n'est vraisemblablement pas due à un manque de puissance statistique. En effet, en estimant obtenir un effet de taille modéré, le nombre de sujets requis afin d'obtenir une puissance de .80 compte-tenu du niveau de signification alpha pré-établi lors de ces analyses, est évalué à 96 sujets au total. C'est donc dire que la taille du sous-échantillon de cette étude était suffisamment élevée pour détecter des différences entre les deux groupes.

Tableau O-7

Comparaison des F multivariés et univariés obtenus avec l'échantillon initial et l'échantillon ajusté lors de la MANOVA de l'hypothèse 3b

Variables	Echantillon initial (n = 140)		Echantillon ajusté (n = 112)	
	Groupe(G) ^a	Source(S) ^b	G X S	Groupe(G) ^a Source(S) ^b G X S
5 échelles du FES prises globalement	2.78 [*]	17.59 [*]	0.95 ^c	1.27 ^c 15.59 [*] 1.53 ^c
Echelle de cohésion	3.39	4.94	-	- 4.83 -
Echelle d'expression	0.12	69.40 ^{**}	-	- 65.59 ^{**} -
Echelle d'indépendance	7.27 ^{**}	1.32	-	- 4.02 -
Echelle d'organisation	0.19	0.14	-	- 1.09 -
Echelle de contrôle	0.74	0.15	-	- 0.00 -

Note. ^aGroupe = groupe clinique vs groupe de comparaison. ^bSource = adolescents vs parents. ^cEn l'absence d'effet significatif, aucune analyse univariée n'a été effectuée.

Niveau de signification alpha ajusté à .05 pour la MANOVA et .01 pour les ANOVAs qui ont suivies.

*p < .05, **p < .01

Appendice P
Corrélations de Pearson entre les variables du Youth
Self-Report et du Child Behavior Checklist

Corrélations de Pearson entre les variables du Youth Self-Report et du Child Behavior Checklist (N=140)

	2.	3.	4.	5.	6.
1. Problèmes émotifs (Youth Self-Report)	.47**	-.23**	.38**	.23**	-.27**
2. Problèmes comportementaux (Youth Self-Report)		-.01	.13	.38**	-.08
3. Compétences sociales (Youth Self-Report)			-.21*	-.14	.42**
4. Problèmes émotifs (Child Behavior Checklist)				.52**	-.34**
5. Problèmes comportementaux (Child Behavior Checklist)					-.41**
6. Compétences sociales (Child Behavior Checklist)					

Note. * $p < .05$. ** $p < .01$.

Appendice Q
Corrélations de Pearson entre les variables
dépendantes du modèle théorique

Corrélations de Pearson entre les variables dépendantes du modèle théorique (N=140)

	2.	3.	4.
1. Problèmes émotifs (Youth Self-Report)	.47**	-.23**	-.44**
2. Problèmes comportementaux (Youth Self-Report)		-.01	-.25**
3. Compétences sociales (Youth Self-Report)			.39**
4. Concept de soi global (Self-Description Questionnaire-II)			

Note. **p < .01.