

Relation entre l'adaptation psychosociale, les habitudes de vie et les habiletés sociales chez les adolescents présentant des troubles du comportement

The relationship between psychosocial adaptation, daily living habits and social skills in adolescents with behavioral problems

Martin Gendron, Egide Royer, Richard Bertrand, Pierre Potvin and Éric Frénette

Volume 35, Number 2, 2006

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1097350ar>
DOI: <https://doi.org/10.7202/1097350ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue de Psychoéducation

ISSN

1713-1782 (print)
2371-6053 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gendron, M., Royer, E., Bertrand, R., Potvin, P. & Frénette, É. (2006). Relation entre l'adaptation psychosociale, les habitudes de vie et les habiletés sociales chez les adolescents présentant des troubles du comportement. *Revue de psychoéducation*, 35(2), 229–250. <https://doi.org/10.7202/1097350ar>

Article abstract

Behavior disorders are a main concern in today's schools. Deficits in social skills are often identified as risk factors that have to be considered in the intervention strategies. The goal of this study is to predict student's levels of social skills, cooperation, self-control, assertion and empathy from psychosocial adjustment and health habits variables. This study uses one sample composed of identified BD students and non-BD students aged from 12 to 14 years old. Multiple regression analysis show that the best predictor of social skills levels for BD and non-BD samples is the student's perceived self-efficacy. The selected prediction models also include other factors like cigarette and drug use. Differences between BD and non-BD students are discussed. In conclusion, the authors propose adaptation or new interventions within social skills training programs for at-risk students with behavior problems.

Relation entre l'adaptation psychosociale, les habitudes de vie et les habiletés sociales chez les adolescents présentant des troubles du comportement.

The relationship between psychosocial adaptation, daily living habits and social skills in adolescents with behavioral problems

M. Gendron¹

E. Royer²

R. Bertrand²

P. Potvin³

E. Frenette⁴

1. Université du Québec à Rimouski (campus de Lévis)
2. Université Laval
3. Université du Québec à Trois-Rivières
4. Université du Québec à Rimouski (campus de Rimouski)

Correspondance :

Martin Gendron
Université du Québec à Rimouski
55, rue du Mont-Marie
Lévis (Québec) G6V 8R9
martin_gendron@uqar.qc.ca

Résumé

Les problèmes de comportement représentent une préoccupation importante en milieu scolaire. Les habiletés sociales des jeunes sont souvent identifiées comme facteurs de risque et cibles stratégiques de l'intervention. L'objectif de cette étude est de tenter de prédire les niveaux d'habiletés sociales, de coopération, de contrôle de soi, d'affirmation de soi et d'empathie d'élèves à partir de variables associées à l'adaptation psychosociale et aux habitudes de vie. Cette étude utilise un échantillon d'élèves (12 à 14 ans) de la région de Québec comprenant des élèves identifiés en troubles du comportement (TC) et des élèves sans troubles du comportement (non-TC). Les analyses de régression multiple montrent que le meilleur facteur de prédiction des habiletés sociales des élèves des échantillons TC et non-TC est le sentiment d'auto-efficacité perçue par l'élève. Les modèles de prédiction retenus incluent aussi des facteurs tels que la consommation de drogue et l'usage de la cigarette. Par ailleurs, certaines différences entre les groupes TC et non-TC sont discutées. Les auteurs proposent, en conclusion, des pistes d'actions pour la prévention et l'intervention dans le cadre d'initiatives axées sur le développement des habiletés sociales s'adressant aux élèves à risque.

Mots-clés : Habiletés sociales, adaptation psychosociale, auto-efficacité, estime de soi, habitudes de vie, activité physique, troubles du comportement, adolescent.

Abstract

Behavior disorders are a main concern in today's schools. Deficits in social skills are often identify as risk factors that have to be considered in the intervention strategies. The goal of this study is to predict student's levels of social skills, cooperation, self-control, assertion and empathy from psychosocial adjustment and health habits variables. This study uses one sample composed of identified BD students and non-BD students aged from 12 to 14 years old. Multiple regression analysis show that the best predictor of social skills levels for BD and non-BD samples is the student's perceived self-efficacy. The selected prediction models also include other factors like cigarette and drug use. Differences

between BD and non-BD students are discussed. In conclusion, the authors propose adaptation or new interventions within social skills training programs for at-risk students with behavior problems.

Key words : Social skills, psychosocial adaptation, self-efficacy, self-esteem, lifestyle, health habits, physical activity, behavior disorders, adolescent.

La recherche a démontré que les troubles de comportement ont une influence sur la réussite scolaire (Fortin, Royer, Marcotte, & Potvin, 2000). Nombreux sont les facteurs de risque pouvant contribuer au développement de difficultés de comportement chez les jeunes d'âge scolaire (Walker, Colvin, & Ramsey, 1995). Parmi ces facteurs figurent un ensemble d'habiletés associées à la compétence sociale (Bowen, Desbiens, Martin, & Hamel, 2001; Rutherford, Quinn, & Mathur, 2001). C'est dans cette perspective que l'entraînement aux habiletés sociales en milieu scolaire représente depuis déjà une vingtaine d'années une avenue d'intervention privilégiée pour venir en aide aux élèves à risque sur le plan comportemental (Gendron, Royer, Potvin, & Bertrand, 2003; Gresham, 1998; Massé, 1999; Royer, Morand, & Gendron, 2005). Chez l'adolescent en difficulté de comportement, des déficits significatifs dans leurs habiletés sociales sont identifiés comme facteurs déterminants de l'adaptation sociale et scolaire (Goldstein, 1999; Kauffman, 1997; Rutherford, Quinn, & Mathur, 2001).

Il existe une grande diversité de programmes d'entraînement aux habiletés sociales dont les principaux thèmes récurrents sont : la coopération, l'affirmation de soi, le contrôle de soi, l'empathie et la résolution de problème. Peu importe l'âge, ces thèmes sont adaptés et intégrés au curriculum de l'élève en troubles de comportement à qui s'adresse ce type d'intervention. Populaires, les programmes d'entraînement aux habiletés sociales ont l'avantage d'être élaborés à partir de données de recherche, d'être adaptés aux besoins des clientèles ciblées, d'avoir un volet d'enseignement cognitif bien développé et d'être intégrés à des interventions multimodales (Bowen et al., 2001; Gendron et al., 2003; Goldstein, 1999). Ce type de programme représente un moyen efficace pour prévenir et composer avec les besoins de plusieurs clientèles nécessitant des services en adaptation scolaire dont, plus particulièrement, celle des élèves en troubles de comportement (Cartledge & Milburn, 1995).

Néanmoins, malgré leur popularité, les programmes d'entraînement aux habiletés sociales démontrent cependant une efficacité modeste (Massé, 1999; Walker et al., 1995). Les chercheurs dans le domaine concluent à des effets limités à court, à moyen et à long terme ainsi qu'à des niveaux très modestes de transfert, de maintien, de généralisation et d'intégration des apprentissages dans le répertoire de comportements prosociaux (Bellmann, Pflingsten, & Lösel, 1994; Desbiens, 2000; Massé, 1999; Vitaro, Dobkin, Gagnon, & LeBlanc, 1994). Le manque d'opportunités pour pratiquer les habiletés dans un contexte éducatif supervisé et le manque de liens entre les conditions peu naturelles de l'enseignement des habiletés sociales sont évoqués pour expliquer le faible taux d'efficacité de ce type d'intervention (Gresham, 1998; Quinn, Kavale, Mathur, Rutherford, & Forness, 1999).

Malgré ses limites, l'intervention axée sur l'entraînement aux habiletés sociales demeure un moyen à privilégier auprès des élèves en difficulté de comportement (Gresham, 1998; Massé, 1999; Walker et al., 1995). Malgré leur pertinence, il appert que ces programmes doivent être jumelés à une approche et des stratégies éducatives renouvelées pour être plus efficaces (Gresham, 1998). Une meilleure compréhension du rôle des facteurs de risque et des facteurs de protection dans le développement des habiletés sociales des jeunes devient important (Bowen et al., 2001; Fortin et al., 2000). L'objet de la présente étude est d'évaluer la nature des relations entre des dimensions d'habiletés sociales et diverses variables associées à l'adaptation psychosociale et aux habitudes de vie. L'ensemble de ces variables sont identifiées comme facteurs de risque déterminants sur lesquels l'intervention doit porter. Malgré les liens déjà établis entre les troubles de comportement chez les adolescents et ces variables d'habiletés sociales, d'adaptation psychosociale et d'habitudes de vie, très peu d'études ont tenté d'évaluer et de prédire l'influence de ces variables les unes sur les autres. Le but ultime de cette étude est d'influer sur l'efficacité de l'intervention faite auprès des élèves en troubles de comportement dans le contexte de l'entraînement aux habiletés sociales.

Relations entre les habiletés sociales et diverses variables associées à l'adaptation psychosociale et aux habitudes de vie

Les jeunes identifiés en troubles de comportement et agressifs ont des lacunes importantes sur le plan des habiletés sociales et de la capacité d'adaptation (Cartledge & Milburn, 1995; Kauffman, 1997; Rutherford, Quinn, & Mathur, 2001; Walker et al., 1995). Par ailleurs, le fait d'avoir de faibles habiletés sociales est associé à des déficits sur le plan de la résolution de problèmes, des habiletés cognitives et l'autogestion de ses comportements (Scheier, Botvin, Diaz, & Griffin, 1999). Un entraînement aux habiletés sociales efficace peut avoir un impact positif sur le processus de socialisation de l'élève, mais aussi sur sa scolarisation et l'acquisition d'habiletés professionnelles (Kauffman, 1997). Le processus de socialisation du jeune lui permet de développer son identité, son autonomie, ainsi que son estime de soi (Cartledge & Milburn, 1995).

Troubles de comportement

Selon l'American Psychiatric Association (1994), la prévalence des troubles du comportement est estimée, chez les moins de 18 ans, entre 6 et 16 % chez les garçons et entre 2 et 9 % chez les filles. Les troubles de comportement, souvent associés à des problèmes d'agressivité et d'indiscipline, représentent un facteur de risque important du décrochage scolaire (Janosz, Fallu, & Deniger, 2000; Walker et al., 1995). Au Québec, des taux particulièrement faibles d'obtention du D.E.S. (Diplôme d'études secondaires) sont en effet observés chez les élèves ayant un trouble du comportement, soit 14.9 % par rapport à 83.1 % pour les élèves non déclarés EHDA¹ durant leur cheminement scolaire (MEQ, 2000). Ces élèves sont

¹ EHDA : Élève handicapé ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage

ceux qui ont le plus de difficultés sur le plan de l'insertion sociale et professionnelle (MEQ, 2000). Parmi les théories les plus susceptibles d'expliquer le phénomène des troubles de comportement, se trouve celle de l'apprentissage social proposée par Bandura (1986). Cette théorie figure dans la famille du modèle développemental au même titre que les approches comportementale et éducative qui, depuis les années 1970, sont fréquemment utilisées pour intervenir auprès des jeunes qui ont des difficultés de comportement (Gendron et al., 2003; Kauffman, 1997; Massé, 1999). Mise à part des conditions externes à un écosystème (ex. : famille, école, communauté), l'individu a le pouvoir d'influencer lui aussi la qualité de ses interactions avec son milieu par l'entremise de son comportement et de ses caractéristiques personnelles. La présente étude s'intéresse tout particulièrement aux facteurs intrinsèques associés à l'adolescent.

Adaptation psychosociale

Les comportements associés à l'inadaptation psychosociale tels que les troubles de la conduite, la délinquance et la consommation abusive de psychotropes ont fait l'objet de plusieurs publications dans les dernières années (Vitaro & Carbonneau, 2000; Vitaro et al., 1994; Walker et al., 1995). Par ailleurs, il est plus rare de trouver une définition précise de l'adaptation psychosociale. Selon Cloutier (1996), les compétences sociales sont déterminées par différentes capacités d'adaptation (i.e., ressources internes) que les adolescents possèdent à des degrés variables : l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, la cognition sociale et la capacité de résoudre des problèmes interpersonnels. Dans le cadre de la présente étude, nous avons choisi de travailler spécifiquement à partir des deux premières variables.

Auto-efficacité. D'après Cloutier, le sentiment d'auto-efficacité perçue tel que défini par Bandura (1986), correspond « à l'impression de pouvoir agir sur ce qui nous arrive, de pouvoir atteindre les buts que l'on s'est fixés. » (1986, p.205). Étroitement lié au concept d'estime de soi (Bergman & Scott, 2001), le sentiment d'auto-efficacité perçue est associé à la capacité d'adaptation psychosociale (i.e., compétence sociale) trop souvent déficiente chez des adolescents en difficulté de comportement (Cloutier, 1996; Scheier et al., 2000). Le fait d'avoir un faible niveau d'auto-efficacité perçue est corrélé avec des problèmes de comportement (ex.: bagarres) chez les jeunes (Bergman & Scott, 2001).

Estime de soi. Une des idées populaires est d'associer les troubles du comportement à un faible niveau d'estime de soi (Kauffman, 1997; Langsner & Anderson, 1987; Patrick, 1996). D'après Patrick (1996), une faible estime de soi est un indicateur d'un déficit sur le plan des habiletés sociales. Étroitement liée à l'auto-efficacité, l'estime de soi est aussi associée positivement au sentiment de bonheur et de l'image corporelle (Bergman & Scott, 2001; Williams & Currie, 2000). Une faible estime de soi est identifiée comme un facteur de risque associé aux troubles du comportement (Gendron, 1999).

Habiletés sociales

Walker et ses collaborateurs (1995) ont défini les habiletés sociales comme un ensemble de compétences qui : (1) permettent à une personne d'initier et de maintenir des relations interpersonnelles positives, (2) contribuent à l'acceptation par les pairs et à une adaptation scolaire satisfaisante et, (3) permettent à une personne de se débrouiller efficacement dans un environnement social plus large. Tel que définies, les habiletés sociales peuvent faire partie du regroupement de l'adaptation sociale. Pour leur part, Gresham & Elliott (1990) proposent afin d'évaluer le niveau d'habiletés sociales d'élèves du primaire et du secondaire, un outil nommé le «Social Skills Rating System» dont les mesures sous forme de sous-échelles sont la coopération, le contrôle de soi, l'affirmation de soi et l'empathie.

Coopération. Sous-échelle incluant des comportements tels qu'aider les autres, partager et suivre des règles et des directives.

Contrôle de soi. Sous-échelle comprenant des comportements qui émergent dans des situations de conflit telles que répondre correctement à des taquineries ainsi que dans des situations non conflictuelles qui demandent de faire des compromis ou attendre son tour.

Affirmation de soi. Sous-échelle incluant des comportements initiés par la personne elle-même tel que demander de l'information à autrui, se présenter et réagir à un comportement d'autrui.

Empathie. Sous-échelle comprenant des comportements qui démontrent du respect et de la considération pour les points de vue et les sentiments d'autrui.

Habitudes de vie

Pratique de l'activité physique. Dans les dernières années, on a enregistré une diminution notable de la pratique d'activités physiques de loisir et du temps consacré à l'éducation physique à l'école (Kino-Québec, 1998, 2000; Patrick, 1996; Santé Canada, 2000). Le faible investissement dans les activités scolaires et parascolaires a été identifié comme un facteur de risque associé à l'apparition de problèmes de comportement et de délinquance (CÉÉPQ, 1993; FÉÉPEQ, 1995).

Au-delà de la santé physique, la pratique d'activités physiques offre des bénéfices sur le plan de la santé mentale et psychologique (Branta & Goodway, 1996; Cloutier, 1996; Kino-Québec, 1998, 2000; Thibault, 2001; Weinberg & Gould, 1997; Wright et al., 1998). Leur pratique aurait pour effet d'améliorer les habiletés sociales, l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité et les habitudes de vie à la santé (Allison, Dwyer, & Makin, 1999; Barnett, 1991; Bordeleau, Morency, & Savinski, 1999; CPRA, 1998; Parish-Plass & Lufi, 1997; Patrick, 1996) et de contribuer au développement de la compétence sociale et de l'adaptation psychosociale (Branta & Goodway, 1996; Cartledge & Milburn, 1995; Mahoney & Stattin, 2000; Thibault, 2001).

Les résultats d'études antérieures confirment que la participation à des activités non organisées est associée à des niveaux élevés de comportements antisociaux, alors que les activités organisées sont étroitement liées à de faibles niveaux de comportements déviants (Ciuciu, 1974; Mahoney & Stattin, 2000; Osgood, Wilson, O'Malley, Bacman, & Johnston, 1996). Les jeunes ayant des comportements antisociaux (i.e., criminalité, comportement agressif, consommation alcool et drogue, délinquance, décrochage scolaire) sont sur-représentés dans les activités de loisirs non structurées (Mahoney & Stattin, 2000; Osgood et al., 1996). Par ailleurs, une étude récente rapporte que les adolescents, tant ceux ayant des troubles de comportement (TC) que leurs pairs (non-TC), gardent un très bon souvenir de leur expérience passée associée à la pratique d'activités physiques (Gendron, Royer, Bertrand, & Potvin, 2005).

Cigarette / tabagisme. À l'adolescence, les jeunes deviennent plus autonomes face aux choix associés aux habitudes de vie; ces choix (ex. : cigarette, alcool, drogue, sommeil, alimentation, activité physique) ne sont pas toujours sains (Kino-Québec, 1998). L'usage de la cigarette fait partie des habitudes de vie néfastes à la santé adoptées par certains adolescents (FÉÉPEQ, 1995; Kino-Québec, 1998). Une étude longitudinale menée par Kino-Québec (1998) rapporte que, des adolescents suivis sur trois ans (de 12 à 15 ans), la proportion de fumeurs réguliers est passée de 4 % à 16 %. Selon Cloutier (1991 dans Cloutier, 1996) ainsi que Janosz, Fallu et Deniger (2000), l'essai de la cigarette précède celui de l'alcool qui, lui-même précède celui de l'essai de la drogue. D'autre part, Kino-Québec mentionne que « les jeunes qui ne fument pas ont un niveau de participation plus élevé aux activités physiques que ceux qui fument à l'occasion ou régulièrement » (2000, p.18).

Alcool. Des habitudes de vie nuisibles à la santé, la consommation d'alcool est certes la plus répandue à l'adolescence. Une étude longitudinale menée par Kino-Québec (1998) rapporte que la proportion des buveurs réguliers d'alcool est passée de 4 % à 12 % chez les adolescents suivis entre 12 et 15 ans. Selon Vitaro et Carbonneau, « environ 80 % des adolescents québécois de 15 et 16 ans ont déjà consommé de l'alcool et près des deux tiers en ont consommé à plus de cinq reprises » (2000, p.337). D'après Cloutier (1996), les jeunes en difficulté sont trois fois plus nombreux à consommer que les autres élèves du même âge. L'abus d'alcool chez les adolescents est associé à des conduites à risque (ex. : activités sexuelles non protégées, conduite automobile sous l'influence d'alcool) ainsi qu'à des comportements antisociaux (Collingwood, 1997; Scheier et al., 1999; Vitaro & Carbonneau, 2000).

Drogue. D'après une étude de Vitaro et Carbonneau (2000), le tiers des adolescents québécois de 15 et 16 ans déclarent avoir déjà consommé des drogues à plus de cinq reprises. Selon Cloutier (1996), il existe une relation non négligeable entre l'usage du tabac, celui de l'alcool et celui de la drogue : ils constituent les prémisses du continuum de la consommation de psychotropes. Parmi les jeunes qui consomment de la drogue, 78 % fument la cigarette et plus de 70 % prennent de l'alcool (Cloutier, 1996). Par ailleurs, les jeunes en difficulté consomment de façon

régulière quatre fois plus que leurs pairs (Cloutier, 1996). La consommation de drogue constitue un facteur de risque associé aux troubles du comportement et à la violence (Collingwood, 1997), un déterminant des conduites extrêmes (Cloutier, 1996) et ses effets au même titre que l'usage du tabac peuvent entraîner une diminution marquée des résultats et de la motivation scolaire (Vitaro & Carbonneau, 2000).

L'objectif de cette recherche est d'étudier les relations entre les niveaux d'habiletés sociales (global, coopération, contrôle de soi, affirmation de soi, empathie) et des variables associées à l'adaptation psychosociale (i.e., auto-efficacité, estime de soi) et aux habitudes de vie (i.e., pratique de l'activité physique, tabagisme, consommation d'alcool et de drogue). De façon plus précise, les questions de recherche sont les suivantes : Des variables mentionnées, quels sont les facteurs composant les modèles de prédiction des groupes d'élèves TC et non-TC, (1) du niveau global d'habiletés sociales chez les adolescents?; (2) du niveau de coopération chez les adolescents?; (3) du niveau de contrôle de soi chez les adolescents?; (4) du niveau d'affirmation de soi chez les adolescents?; (5) du niveau d'empathie chez les adolescents?

Méthode

Participants

L'échantillon est composé de 185 adolescents et adolescentes provenant de trois écoles secondaires de la grande région de Québec. Les participants en troubles de comportement (TC) de type extériorisé sont issus de classes d'adaptation scolaire ($n = 77$) et les autres participants (non-TC) proviennent de classes régulières ($n = 108$). Les sujets sont âgés entre 12 et 14 ans et il y a une différence significative ($t = 6.233$; $p < .001$) dans la moyenne d'âge des groupes TC ($M = 13.4$; $ET = 0.76$) et non-TC ($M = 12.7$; $ET = 0.75$). Cette différence s'explique par les difficultés d'apprentissage et le retard académique associés aux élèves en troubles de comportement qui entraînent pour plusieurs une reprise d'année scolaire. Le groupe TC est formé majoritairement de garçons (68.9 %), alors que le groupe non-TC est formé de plus de filles (59.6 %). Notre échantillonnage est représentatif des populations québécoises d'élèves à risque (garçons = 65.6 %) et d'élèves du régulier (filles = 51.1 %) (MEQ, 2000b). Le tableau 1 présente des données descriptives des échantillons d'adolescents TC et non-TC par rapport à la moyenne (M) et à l'écart type (ET) des diverses variables à l'étude. Par ailleurs, le tableau 2 présente les corrélations de Pearson pour ces mêmes variables.

Le dépistage des élèves TC a été fait en deux étapes. À partir du Systematic Screening for Behavior Disorders (SSBD) de Walker et Severson (1992), chaque enseignant a identifié les élèves qui présentaient selon lui des difficultés de comportement de type extériorisé et les a classés par ordre décroissant (du *plus extériorisé* au *moins extériorisé*) en les comparant à une description type de comportements inadaptés. Les élèves identifiés au moins une fois dans les 3 premiers rangs d'une liste ou ceux identifiés par trois enseignants ou plus se sont qualifiés pour la deuxième étape de notre processus d'évaluation. Cette étape

Tableau 1. Données descriptives des échantillons d'adolescents TC et non-TC par rapport à la moyenne (*M*) et à l'écart type (*ET*) des diverses variables à l'étude.

Variables	TC (<i>n</i> =77)		Non-TC (<i>n</i> =108)		Test-T
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	
Habilités sociales (HS)	52,95	10,69	57,93	7,61	-3,648***
Coopération (CP)	13,66	3,45	15,97	2,49	-5,240***
Affirmation (AF)	13,61	3,10	14,03	3,01	-0,907
Empathie (EP)	14,14	3,54	15,41	2,60	-2,775**
Contrôle de soi (CS)	11,22	3,47	12,52	3,08	-2,590*
Estime de soi (ES)	2,76	0,43	3,01	0,52	-3,579***
Auto-efficacité (AE)	2,94	0,59	3,27	0,43	-4,335***
Cigarette (CG)	2,79	1,15	1,83	0,95	6,124***
Alcool (AL)	2,75	0,81	2,31	0,92	3,349***
Drogue (DG)	2,37	1,12	1,53	0,89	5,551***
Activité physique (type) (AP)	0,37	0,49	0,58	0,50	-2,746**

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

Tableau 2. Corrélations de Pearson des diverses variables à l'étude pour les échantillons d'adolescents TC (*n*=77) et non-TC (*n*=108)¹.

Variable	HS	CP	AF	EP	CS	ES	AE	CI	AL	DG	AP
1- HS		,681**	,684**	,643**	,701**	,260**	,372**	-,159	-,199*	-,073	,199*
2- CP	,802**		,139	,139	,612**	,307**	,374**	-,315**	-,191*	-,091	,151
3- AF	,773**	,533**		,531**	,140	,215*	,230*	,150	,004	,187	,089
4- EP	,854**	,580**	,585**		,110	-,097	,030	,081	-,128	,028	,088
5- CS	,819**	,554**	,489**	,589**		,257**	,361**	-,348**	-,225*	-,311**	,203*
6- ES	,169	,163	,252*	,001	,122		,625**	-,269**	-,231*	-,116	,117
7- AE	,442**	,338**	,288*	,446**	,374**	,292*		-,103	-,100	-,046	,142
8- CI	-,054	-,299*	,063	,107	-,133	,012	,055		,354**	,642**	-,134
9- AL	,006	-,158	,121	,086	-,050	,088	,155	,330**		,466**	-,009
10- DG	-,274*	-,227	-,050	-,205	-,243*	,083	-,044	,445*	,572**		,051
11- AP	,004	-,006	,077	-,136	-,036	,252*	-,091	-,110*	,129	-,050	

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$

¹ La matrice supérieure rapporte les résultats de l'échantillon non-TC et la matrice inférieure les résultats de l'échantillon TC.

1- HS : Habiletés sociales; 2- CP : Coopération; 3- AF : Affirmation; 4- EP : Empathie; 5- CS : Contrôle de soi; 6- ES : Estime de soi; 7- AE : Auto-efficacité; 8- CI : Cigarette; 9-AL : Alcool; 10- DG : Drogue; 11- AP : Activités physiques.

consiste à évaluer les élèves à partir de l'Échelle d'évaluation des dimensions du comportement (EEDC) de Tremblay (1996) pour déterminer l'intensité des troubles du comportement.

Le second sous-groupe dit « non-TC » ($n = 108$) est composé d'élèves de premier cycle du cheminement régulier. Dans chacune des écoles, un groupe de première et de deuxième secondaire a été sélectionné de façon aléatoire pour constituer cet échantillon. Tout élève ayant été identifié lors du dépistage des élèves TC a été exclu de l'échantillonnage du groupe non-TC visant à représenter la populaire scolaire d'élèves dits « réguliers » (i.e., non-TC).

Instruments de mesure

L'objectif de cette étude est d'identifier les variables pouvant être associées au niveau d'habiletés sociales d'un adolescent et permettant de le prédire. Les analyses de régression multiple ont été faites à partir de résultats tirés de trois questionnaires.

Questionnaire d'évaluation des habiletés sociales (Fortin, L., Royer, É., Marcotte, D., Potvin, P., & Joly, J. (2001); traduction du Social Skills Rating System (S.S.R.S.) de Gresham et Elliott, 1990). Pour notre étude, nous avons utilisé la version « adolescent auto-révélee » qui a pour but de mesurer la fréquence d'apparition d'un certain nombre d'habiletés sociales chez l'élève. Cet outil de mesure réputé et reconnu par les chercheurs et praticiens dans le domaine est composé de 39 items et d'une échelle de type Likert en 3 points (scores variant de 0 à 2). En plus d'obtenir un score total du niveau global d'habiletés sociales (39 items; coefficient alpha TC, = 0,88; non-TC = 0,81), ce questionnaire permet d'évaluer quatre sous-échelles : (a) la coopération (10 items; TC, = 0,73; non-TC, = 0,64), (b) l'affirmation de soi (10 items; TC, = 0,65; non-TC, = 0,68), (c) l'empathie (10 items; TC, = 0,78; non-TC, = 0,64), et (d) le contrôle de soi (10 items; TC, = 0,71; non-TC, = 0,69). Gresham et Elliott (1990) mentionnent que la version originale anglaise a été utilisée dans plusieurs recherches et validée auprès d'échantillons d'adolescents en milieu scolaire (coefficient alpha moyen tiré de la méta-analyse, = 0,83).

Questionnaire de l'Enquête sur la pratique des activités physiques au secondaire de Desharnais et Godin (1995). Construit dans le but d'identifier différentes variables associées à la pratique d'activités physiques et aux habitudes de vie, ce questionnaire est complété par l'adolescent et est constitué d'échelles de type Likert de 3 à 6 points. Il comporte 56 items regroupés en trois catégories 1) bilan, 2) contexte de vie, et 3) prédiction. Pour la présente étude, seules des variables des deux premières catégories sont utilisées. La variable de bilan (1 item) utilisée est le type de pratique (compétitif, récréatif, libre, conditionnement physique) dans lequel l'élève a été le plus actif durant la dernière année scolaire. D'autre part, dans la catégorie de contexte de vie, les variables à l'étude sont (a) des habitudes de vie (3 items : tabagisme, consommation d'alcool et de drogue), et (b) l'estime de soi

(10 items; TC, $\alpha = 0,69$; non-TC, $\alpha = 0,85$). Les auteurs rapportent que cet outil a été validé et utilisé auprès d'élèves du secondaire âgés de 12 à 17 ans. Les données métrologiques ne sont pas disponibles dans le rapport (Desharnais & Godin, 1995).

Questionnaire sur l'auto-efficacité (Dumont, M., Leclerc, D., & Deslandes, R. (2003); traduction du Generalized Self-Efficacy Scale de Schwarzer, 1993). Basé sur la théorie d'apprentissage sociale de Bandura (1986, 1997), le concept d'auto-efficacité fait référence au sentiment de compétence et de pouvoir que la personne ressent face à sa capacité à prendre des décisions et à effectuer des changements dans sa vie dans des contextes spécifiques. Ce questionnaire comporte 10 items évalués à partir d'une échelle de type Likert en 4 points. Le score total détermine le sentiment d'auto-efficacité. Plus le score est élevé, plus la personne s'attribue un bon niveau de capacité décisionnelle. La version originale du questionnaire a été utilisée auprès de diverses populations et a démontré une bonne consistance interne ($\alpha = ,75$ à $,91$) (Schwarzer, 2002; Schwarzer et al., 1997). Pour la version française adaptée par Dumont et al. (2003), le alpha de Cronbach est de $,87$ pour l'ensemble des items alors que pour la présente étude, ce coefficient alpha est de $,87$ pour le groupe TC et de $0,82$ pour celui des non-TC.

Procédures

Pour l'ensemble de l'échantillon, la collecte des données a eu lieu simultanément en novembre 2000 dans les trois écoles. La participation des élèves s'est effectuée sur une base volontaire. En sous-groupes, les élèves ont été rencontrés par des étudiants de premier et deuxième cycle de l'Université Laval ayant reçu une formation sur l'application du protocole d'évaluation de cette étude. Les questionnaires ont été administrés en classe lors d'une période régulière de 75 minutes.

Résultats

Dans un premier temps, nous avons procédé à des analyses de régression pour les échantillons de chacun des deux sous-groupes (i.e., TC et non-TC), selon une procédure séquentielle, à l'aide du logiciel SPSS. Fait à noter, une analyse préliminaire des résultats a permis d'identifier à l'aide de l'observation des graphiques de nuages en points², un sujet du groupe non-TC qui, lorsque comparé avec les sujets du même groupe, influençait trop la relation entre les variables. Ce sujet a été retiré lors des analyses de régression. Différents tests (Indice de Lever, Distance de Mahahanobis, Distance de Cook.) ont été utilisés pour déterminer le sujet à valeur extrême.

² Traduction de la procédure « scatterplots » utilisée dans le logiciel SPSS.

Habilités sociales

Des analyses de régression multiple sont été effectuées afin d'examiner les relations entre les facteurs d'adaptation psychosociale (estime de soi, sentiment d'auto-efficacité), les habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool et de drogue), la pratique d'activités physiques et le niveau d'habiletés sociales (coopération, affirmation, empathie, contrôle de soi). Comme le révèle le tableau 3, pour le groupe TC, le modèle de prédiction à deux variables (i.e., auto-efficacité, drogue) explique 25,7 % de la variance dans les résultats de l'échantillon total. Le sentiment d'auto-efficacité perçue s'illustre comme le meilleur facteur de prédiction du niveau global d'habiletés sociales en ayant une relation positive ($\beta = ,427$) avec ce dernier. Donc, plus le sentiment d'auto-efficacité perçue est élevé et plus le niveau d'habiletés sociales est élevé. Par ailleurs, il y a une relation négative ($\beta = -,249$) entre la consommation de drogue et le fait d'avoir un bon niveau d'habiletés sociales. Toutefois, pour le groupe non-TC, les résultats suggèrent un modèle à variable unique, où le sentiment d'auto-efficacité perçue explique 13,7 % de la variance associée positivement au niveau d'habiletés sociales ($\beta = ,370$).

Tableau 3. Régression séquentielle (stepwise) sur les facteurs d'adaptation psychosociale, de pratique de l'activité physique et d'habitudes de vie à la santé prédicteurs des échelles d'habiletés sociales pour les élèves TC (n=77) et non-TC (n=108).

Échelle	Groupe	Modèle retenu		Changement de R ² (%)	dl	F
Habilités sociales	TC	Auto-efficacité	,427	19,5	2	11,917***
		Drogue	-,249	6,2		
Coopération	Non-TC	Auto-efficacité	,370	13,7	1	16,206***
		TC	Auto-efficacité	,359	11,7	2
	Non-TC	Cigarette	-,318	10,1		
		Auto-efficacité	,346	14,0	2	14,413***
Contrôle de soi	TC	Cigarette	-,285	8,0		
		Auto-efficacité	,350	13,1	2	7,467***
	Non-TC	Drogue	-,222	4,9		
		Auto-efficacité	,329	13,0	2	14,936***
Affirmation de soi	TC	Cigarette	-,310	9,5		
		Auto-efficacité	,287	8,3	1	6,387*
	Non-TC	Auto-efficacité	,236	5,2	2	5,638*
Drogue		,219	4,8			
Empathie	TC	Auto-efficacité	,456	20,8	1	18,690***
	Non-TC	N/S				

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

Coopération

Par la suite, des analyses de régression multiple ont été réalisées sur les sous-échelles composant le niveau d'habiletés sociales. Un modèle de prédiction à deux variables (i.e., auto-efficacité, cigarette) rend compte de 21.8 % de la variance dans les résultats de l'échantillon TC quant au score de coopération (voir tableau 3). Le sentiment d'auto-efficacité et l'usage de la cigarette expliquent respectivement 11.7 % et 10.1 % de la variance. Pour le niveau de coopération, il existe donc une relation positive avec le sentiment d'auto-efficacité ($r = ,359$) et une relation négative avec l'usage de la cigarette ($r = -,318$). Pour le groupe non-TC, le modèle de prédiction proposé comprend les mêmes variables que pour l'échantillon total, soit le sentiment d'auto-efficacité ($r = ,346$) et l'usage de la cigarette ($r = -,285$), qui expliquent au total 22,0 % de la variance de l'échantillon (voir tableau 3).

Contrôle de soi

Tel qu'illustré au tableau 3, un modèle à deux variables (i.e., auto-efficacité, drogue) explique 18,0 % du niveau de contrôle de soi. Le sentiment d'auto-efficacité perçue est le meilleur facteur de prédiction (13,1 %) et la consommation de drogue contribue à expliquer 4,9 % de la variance de l'échantillon TC. Il existe une relation positive ($r = ,350$) entre le sentiment d'auto-efficacité et le contrôle de soi alors que, la relation entre ce dernier et la consommation de drogue est négative ($r = -,222$). Le sentiment d'auto-efficacité et l'usage de la cigarette composent le modèle du groupe non-TC prédisant 22,5 % de la variance (voir tableau 3). Pour obtenir un niveau élevé de contrôle de soi, le sentiment d'auto-efficacité doit être élevé ($r = ,329$) alors que l'usage de la cigarette doit être faible ($r = -,310$).

Affirmation de soi

Le tableau 3 présente un modèle de prédiction à une variable, soit le sentiment d'auto-efficacité, qui permet d'expliquer à partir de l'échantillon total 8.3 % de la variance de l'affirmation de soi pour le groupe TC. La relation entre l'affirmation de soi et le sentiment d'auto-efficacité est positive ($r = ,287$). Toutefois, pour le groupe non-TC, le modèle proposé est composé respectivement des variables du sentiment d'auto-efficacité (5,2 %) et de la consommation de drogue (4,8 %) qui sont tous deux positivement associés au niveau d'affirmation de soi de cet échantillon. Ce qui signifie que, chez les élèves non-TC, le sentiment d'auto-efficacité ($r = ,236$) et la consommation de drogue ($r = ,219$) sont associés à une plus grande affirmation de soi à l'adolescence. Ce dernier résultat est contraire aux attentes et sera traité dans la discussion.

Empathie

Le modèle de prédiction de l'empathie du groupe TC est composé du sentiment d'auto-efficacité qui explique à lui seul 20.8 % de la variance en étant associé positivement à l'empathie ($r = ,456$). Plus le sentiment d'auto-efficacité est

élevé et plus le niveau d'empathie de l'élève TC est élevé. Par ailleurs, pour l'échantillon non-TC, aucun modèle de prédiction n'a pu ressortir des analyses de régression multiple faites avec les variables sélectionnées.

Discussion

Les résultats de cette étude mettent en évidence l'influence du sentiment d'auto-efficacité ainsi que l'usage de la cigarette et la consommation de drogue sur le niveau d'habiletés sociales des adolescents, qu'ils soient TC ou non-TC. Dans la discussion qui suit, nous répondrons aux questions de recherche en reprenant les différentes catégories d'habiletés sociales et leur modèle de prédiction.

Habiletés sociales

Le modèle de prédiction du niveau global d'habiletés sociales pour l'échantillon TC indique des liens significatifs entre ce dernier et le sentiment d'auto-efficacité ainsi que la consommation de drogue à l'adolescence. Pour les deux échantillons, l'auto-efficacité représente à lui seul la meilleure variable de prédiction. Autrement dit, les jeunes ayant un meilleur sentiment d'auto-efficacité rapportent un meilleur score global au niveau de leurs habiletés sociales. Ce résultat rejoint celui d'une étude menée par Gendron et al. (2005) dans laquelle les élèves en troubles de comportement enregistraient des scores plus faibles sur leurs habiletés sociales et sur leur sentiment d'auto-efficacité.

Une étude de Scheier et al. (2000) rapporte qu'un faible niveau de compétence sociale entraîne des habitudes de consommation hâtive d'alcool chez les jeunes et une dégradation du niveau d'estime de soi. Dans la présente étude, c'est la consommation de drogue chez l'adolescent qui est associée à un faible niveau d'habiletés sociales dans l'échantillon total et chez les TC. Le jeune ne consommant pas de drogue enregistre un meilleur niveau global d'habiletés sociales. La différence entre l'étude de Scheier et al. (2000) et celle-ci sur la consommation d'alcool et de drogue prédictrice de la compétence sociale pourrait s'expliquer par la sélection des participants. Dans la présente étude, près de la moitié des participants ont été sélectionnés à partir de caractéristiques d'élèves en troubles du comportement. Ce qui expliquerait que ces jeunes soient rendus plus loin que les jeunes de l'échantillon de Scheier et al. (2000) sur le continuum de la consommation de psychotropes cigarette alcool drogue (Cloutier, 1996; Vitaro & Carbonneau, 2000).

Coopération

Pour les deux échantillons, le modèle de prédiction du niveau de coopération a la même composition : le sentiment d'auto-efficacité et l'usage de la cigarette. La corrélation positive entre l'auto-efficacité et la coopération ainsi que la corrélation négative entre l'usage de la cigarette et la coopération sont aussi bien présentes tant chez les TC que les non-TC.

Selon ces résultats, plus le sentiment d'auto-efficacité est élevé chez un jeune et plus son niveau de coopération sera bon. Des études antérieures énoncent une relation positive entre les problèmes de comportement (ex. : comportements d'opposition et déviants), les habitudes de consommation (i.e., cigarette, alcool, drogue) et les difficultés d'adaptation (Chung & Elias, 1996; Vitaro & Carbonneau, 2000). Cette même étude établit « une corrélation positive entre l'absence de problème de comportement et un sentiment d'auto-efficacité élevé, une participation plus fréquente à des activités sportives et non sportives ainsi qu'un nombre plus faible d'événements comportant des conséquences négatives » (Chung & Elias, 1996, p.771). En plus de l'étude de Chung et Elias (1996), une étude rapportée par Cloutier (1996) mentionne que les jeunes en difficulté sont six fois plus nombreux que leurs pairs à fumer la cigarette.

Contrôle de soi

Pour l'échantillon du groupe non-TC, le sentiment d'auto-efficacité et l'usage de la cigarette forment le meilleur modèle de prédiction. Par contre, la situation est quelque peu différente chez le groupe TC, alors que l'auto-efficacité est le meilleur facteur de prédiction du contrôle de soi, accompagné de la consommation de drogue. La différence entre les groupes TC et non-TC s'expliquerait par le fait que les élèves TC soient rendus plus loin sur le continuum de la consommation de psychotropes cigarette alcool drogue (Cloutier, 1996; Vitaro & Carbonneau, 2000). Sachant que les jeunes en difficulté de comportement possèdent un niveau de contrôle de soi plus faible que les autres (Gendron et al., 2005), il y a lieu de s'interroger sur le rôle des habitudes de vie à la santé dans le profil de comportements antisociaux de ces jeunes. Ces comportements peuvent être le résultat de l'influence du groupe et de l'habileté du jeune à bien réagir à la pression d'un groupe. Cette hypothèse est appuyée par les résultats rapportés dans d'autres études (Bowen et al., 2001; Scheier et al., 1999).

Selon Cloutier, « les adolescents ayant un faible contrôle de soi se caractérisent par une tendance à l'impulsivité, un manque de persévérance et d'empathie, un attrait pour le risque et les activités physiques ainsi qu'une tendance à être soupe au lait et égocentriques » (1996, p.256). De plus, une étude de Weiss et al. (1990) établit une relation entre les jeunes compétents socialement et des scores plus élevés d'estime de soi et de contrôle de soi.

Affirmation de soi

L'analyse de régression, effectuée à partir des facteurs d'adaptation psychosociale et d'habitudes de vie, a produit un modèle de prédiction à un seul facteur pour l'échantillon TC, soit le sentiment d'auto-efficacité perçue. D'après Scheier et al. (2000), peu importe le sexe, les adolescents ayant de faibles habiletés sociales enregistrent des scores d'estime de soi et d'auto-efficacité plus faibles que leurs pairs. Pour les non-TC, le sentiment d'auto-efficacité perçue et la consommation de drogue permettent de prédire la variance du niveau d'affirmation de soi. Donc, dans l'échantillon des élèves non-TC, au sentiment d'auto-efficacité

perçue s'ajoute le fait de consommer de la drogue qui prédit aussi l'affirmation de soi. Avant de conclure sur cette relation drogue et affirmation de soi, peu documentée à ce jour, nous recommandons que ce résultat soit validé ou rejeté par d'autres études sur le sujet.

Empathie

Pour le groupe TC, seul le sentiment d'auto-efficacité permet d'expliquer la variance du niveau d'empathie. Encore une fois, des résultats mettent en évidence la relation existant entre un faible niveau d'habiletés sociales et des déficits sur le plan de l'adaptation psychosociale chez les adolescents, résultats corroborés par d'autres auteurs (Goldstein, 1999; Walker et al., 1995).

Les jeunes à risque sur le plan des comportements antisociaux (i.e., agressivité, troubles de comportement) tendent à avoir un déficit important au niveau de l'empathie (Goldstein, 1999; Walker et al., 1995). D'après Goldstein (1999), l'empathie est en partie influencée par la démonstration qu'en font les autres dans l'environnement familial, scolaire et social. Afin de recevoir de l'empathie d'autrui, une personne doit d'abord afficher une attitude de respect de soi, d'estime de soi et d'auto-efficacité afin de démontrer qu'elle mérite qu'on la considère à sa juste valeur. Chez le jeune en difficulté, son manque d'empathie et de volonté de changement face à ses comportements inadéquats (découlant d'un faible sentiment d'auto-efficacité) nuisent à l'amélioration de ses habiletés sociales et à son adaptation sociale et scolaire (Goldstein, 1999).

Conclusion

L'adolescence est une période transitoire entre l'enfance et la vie adulte où des changements majeurs se produisent sur diverses dimensions de la personne (c.-à-d., affective, sociale, physique, intellectuelle, morale). Les habiletés sociales sont en relation directe avec le niveau d'adaptation scolaire et sociale du jeune (Desbiens, 2000; Goldstein, 1999; Cartledge & Milburn, 1995; Walker et al., 1995). Du fait qu'ils aient de faibles habiletés sociales, les jeunes en troubles du comportement sont particulièrement vulnérables sur le plan de la réussite scolaire et de l'insertion sociale et professionnelle à l'âge adulte (Kauffman, 1997; MEQ, 2000). Les résultats de la présente étude démontrent qu'un certain nombre de facteurs déterminants de l'adaptation psychosociale et des habitudes de vie aident à prédire les niveaux d'habiletés sociales, de coopération, de contrôle de soi, d'affirmation de soi et d'empathie. De façon générale, le meilleur facteur de prédiction est le sentiment d'auto-efficacité perçue par l'adolescent. À cela, s'ajoutent deux facteurs associés aux habitudes de vie, soit l'usage de la cigarette et la consommation de drogue. Malgré des corrélations inférieures à celles du sentiment d'auto-efficacité, l'estime de soi ne ressort pas comme un facteur déterminant dans les modèles de prédiction par régression séquentielle avec les diverses échelles d'habiletés sociales. Ceci peut être expliqué par la forte corrélation entre sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi. La pratique d'activités physiques de type sport organisé présente certaines corrélations modestes, mais significatives sans toutefois avoir

été retenue comme facteur dans les modèles de prédiction des habiletés sociales. De son côté, la consommation d'alcool n'apparaît dans aucun modèle de prédiction et n'est significativement corrélée qu'avec le niveau de coopération.

À partir du moment où des facteurs permettant de prédire les différentes échelles des habiletés sociales sont connus, comment pouvons-nous transférer ces résultats aux champs de pratique de la prévention et de l'intervention en milieu scolaire?

À la lumière de ces résultats, le sentiment d'auto-efficacité perçue, étroitement lié à l'estime de soi et à la confiance en soi, doit être intégré dans un processus d'intervention pour améliorer la compétence sociale des élèves à risque. Cette conclusion prend tout son sens dans les propos rapportés de Bandura (1977) et dans Dumont et al. (2003) mentionnant que «... le sentiment d'auto-efficacité réside dans la confiance générale qu'entretient un individu quant à ses habiletés à faire face à des situations exigeantes, nouvelles ou problématiques» (p.257). Le fait d'avoir un sentiment de compétence élevé par rapport à une certaine habileté aurait pour effet de contribuer à l'amélioration de l'estime de soi (Dumont et al., 2003). En ce sens, selon Kauffman (1997) et Langsner et Anderson (1987), une intervention permettant l'augmentation de l'estime de soi aurait pour effet de diminuer les problèmes d'échecs scolaires et les problèmes de comportement chez les jeunes. D'autre part, des facteurs les mieux documentés, les habitudes malsaines de consommation à l'adolescence (cigarette, alcool, drogue) peuvent être prévenues et enrayerées par une pratique régulière d'activités physiques (Chung & Elias, 1996; Kino-Québec, 1998, 2000; Thibault, 2001; Winnail et al., 1995). Malgré qu'elle ait joué un rôle en arrière-plan dans les résultats de cette étude et des liens déjà établis avec certaines des variables à l'étude, la pratique d'activités physiques, l'estime de soi et autres variables associées aux habitudes de vie devront faire l'objet d'études futures.

Afin de mieux orienter les initiatives sur le développement des habiletés sociales chez les jeunes, nous proposons ici quelques pistes d'action.

1) L'enseignement des habiletés sociales doit être utilisé à tous les niveaux scolaires à titre préventif (i.e., facteur de résilience) et doit faire partie des stratégies d'intervention auprès des élèves à risque (Bowen et al., 2001; Goldstein, 1999; Parish-Plass & Lufi, 1997; Patrick, 1996; Rutherford, Quinn, & Mathur, 2001). À la lumière des résultats obtenus, le recours à l'approche multimodale reste la meilleure solution pour maximiser l'efficacité de l'intervention (i.e., intervention auprès du jeune, de la famille, de l'école et de son équipe, de la communauté). Dans le contexte de l'entraînement aux habiletés sociales basé sur la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1986), certains facteurs intrinsèques tel que le sentiment d'auto-efficacité perçue confirment que l'intervention doit, en plus de travailler sur son environnement, cibler divers facteurs propres à l'individu.

2) L'intervention axée sur le développement des habiletés sociales doit avoir recours à des moyens et des stratégies psychopédagogiques pour permettre de

développer simultanément le sentiment d'auto-efficacité ainsi que les capacités d'adaptation psychosociale et de saines habitudes de vie. Le jeune doit avoir des opportunités de mettre en pratique ses habiletés et les nouveaux comportements appris, recevoir du « feedback » par les intervenants et ses pairs, recevoir du renforcement et être à la fois valorisé. Le choix des moyens et des stratégies peut varier selon plusieurs variables propres à chaque milieu et aux individus (ex. : ressources, besoins et intérêts). L'utilisation de ces moyens doit permettre de développer chez l'élève son sentiment de compétence et le rassurer dans son choix de s'impliquer dans sa démarche de modification de comportement. À la lumière des résultats de cette étude, il semble primordial de considérer le rôle du sentiment d'auto-efficacité dans les changements visés par la démarche d'entraînement aux habiletés sociales chez les jeunes à risque ou déjà identifiés en troubles de comportement. Le faible sentiment de compétence associé aux jeunes en troubles de comportement qui sont souvent pris dans un engrenage d'échecs au plan social et parfois même scolaire doit devenir une priorité d'intervention. Il semble logique de penser que l'intervention doive mettre en oeuvre simultanément l'enseignement de comportements de remplacement et travailler sur le sentiment de compétence et les ressources personnelles perçues par les jeunes. Ce travail d'intervention multifactoriel aura pour effet de donner confiance aux jeunes pour effectuer ces dits changements et les maintenir dans le temps. Soulignons ici que c'est spécifiquement ces aspects qui représentent les limites associées à l'efficacité des interventions contemporaines (Gresham, 1998 ; Massé, 1999).

3) L'école doit proposer une formation intégrale et équilibrée en misant sur le développement multidimensionnel, la promotion de la santé globale, l'acquisition d'habitudes de vie saines (Bordeleau et al., 1999; FÉÉPEQ, 1995; Solomon, 1997). En outre, les différences entre les sous-groupes TC et non-TC démontrent la pertinence de faire œuvre d'éducation préventive afin de freiner le continuum de consommation de psychotropes trop souvent associé à des jeunes en troubles de comportement. Le volet de la formation personnelle et sociale qui traite des habitudes de vie (ex. : tabagisme, alcool, drogue, sexualité, activité physique, croyances et valeurs) doit être intégré aux initiatives de prévention et d'intervention auprès d'élèves à risque (CEEPQ, 1993 ; FÉÉPEQ, 1995).

4) L'activité physique structurée doit faire partie des moyens utilisés avec les élèves à risque sachant que : a) ces jeunes gardent un bon souvenir de leur expérience et une motivation face à la pratique d'activités physiques (Gendron et al., 2005; Patrick, 1996) ; b) ces jeunes ont une préférence pour les activités concrètes et physiques en plus d'un attrait pour le risque (Cloutier, 1996) ; c) ces jeunes disposent de peu d'occasions de recevoir du feedback sur leur compétence sociale dans un contexte éducatif et ludique ; d) l'activité physique a démontré qu'elle pouvait influencer des éléments tels que la compétence sociale, l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, les habitudes de vie à la santé, l'apprentissage de règles, la discipline et le respect lorsqu'elle est encadrée par un professionnel qui peut intervenir sur les multiples dimensions de la personne (affectif, social, physique, intellectuel, moral) (Allison, Dwyer, & Makin, 1999; Bordeleau et al., 1999;

Mahoney & Stattin, 2000; Osgood et al., 1996; Patrick , 1996; Thibault, 2001; Weinberg & Gould, 1997).

Notons qu'actuellement, le manque d'opportunités de socialiser des jeunes peut être expliqué en partie par leur style de vie et l'augmentation du nombre d'heures passées devant le téléviseur, les jeux vidéo et l'ordinateur, autant d'activités individuelles et passives sur le plan physique (FÉÉPEQ, 1995; Kino-Québec, 1998, 2000; Thibault, 2001). Cela explique la diminution marquée du temps de loisir consacré à l'activité physique, aux jeux coopératifs et aux activités parascolaires. La famille et l'école devront adresser cette situation et l'étudier en regard de l'augmentation des problèmes de comportement observée durant la même période.

Signalons quelques limites que comporte cette étude. La première est associée à l'utilisation de la perception de l'adolescent pour enregistrer les mesures. Ce choix a été réfléchi, mais il est toutefois nécessaire de prendre en considération dans l'interprétation des résultats que la perception d'un parent ou d'un enseignant pourrait être différente à certains égards. Une deuxième limite réside dans le choix de l'échantillon. Ce dernier s'avère être composé de deux sous-échantillons comparatifs (i.e., élèves TC et élèves non-TC) utilisés pour une autre étude figurant dans le même projet de recherche. Le dépistage des participants ayant été fait sur la base des troubles de comportement de type extériorisé, il faut en tenir compte dans la généralisation des résultats. D'autre part, les corrélations élevées entre variables indépendantes (ex. : sentiment auto-efficacité et estime de soi) peuvent influencer la composition des modèles de prédiction des variables dépendantes. Le choix des variables doit faire l'objet d'une attention particulière pour éviter le phénomène de « variable suppressante ». De plus, pour des études futures sur le même sujet, il serait souhaitable d'avoir recours à des outils de mesure comportant plus d'items et des sous-échelles en ce qui a trait aux variables d'estime de soi, d'habitudes de vie et du sentiment d'auto-efficacité perçue si de tels outils sont disponibles. Il est possible que d'autres variables non utilisées dans la présente étude puissent jouer un rôle important dans les modèles de prédiction des échelles d'habiletés sociales.

Par ailleurs, les résultats de notre recherche soulèvent d'autres questions. Quels sont les facteurs pouvant prédire le sentiment d'auto-efficacité? Existe-t-il une relation entre les stratégies utilisées pour l'enseignement des habiletés sociales et le sentiment d'auto-efficacité? En dernier lieu, d'autres facteurs pourraient être utilisés pour prédire le niveau d'habiletés sociales, notamment la fréquence et le niveau de satisfaction de la pratique d'activités physiques, le support social perçu, le rendement scolaire, les niveaux d'anxiété et de dépression chez les adolescents, le rôle de facteurs extrinsèques tel que la nature de la relation de l'individu avec ses parents et les intervenants scolaires significatifs.

Références

- Allison, K. R., Dwyer, J. M., & Makin, S. (1999). Self-efficacy and participation in vigorous physical activity by high school students. *Health Education & Behavior*, 26(1), 12-24.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Association canadienne des loisirs et parcs (CPRA) (1998). *Le catalogue des bienfaits: Un résumé des bienfaits personnels, sociaux, économiques et de mieux-être environnemental essentiels du loisir, des sports, de la condition physique, des arts, de la culture et des parcs*. Gloucester, ON: 45 Degrees Corporation.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Practice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman.
- Barnett, L. A. (1991). Developmental benefits of play for children. In B. L. Driver, P. J. Brown, & G. L. Peterson (Eds.), *Benefits of leisure*. State College, PA: Venture Publishing.
- Bellmann, A., Pfungsten, U., & Lösel, F. (1994). Effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(3), 260-271.
- Bergman, M. M., & Scott, J. (2001). Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: gender and socioeconomic differences. *Journal of Adolescence*, 24, 183-197.
- Bordeleau, C., Morency, L., & Savinski, H. (1999). L'activité physique et la relation d'aide comme outils de prévention de la violence en milieu scolaire. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 28(1), 41-67.
- Bowen, F., Desbiens, N., Martin, C., & Hamel, M. (2001). La compétence sociale. In Gouvernement du Québec (dir.), *6 12 17 Nous serons bien mieux!* *Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire* (pp. 51-99). Québec: Les Publications du Québec.
- Branta, C. F., & Goodway, J. D. (1996). Facilitating social skills in urban school children through physical education. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 2(4), 305-319.
- Cartledge, G., & Milburn, J. F. (1995). *Teaching social skills to children and youth: Innovative approaches* (3^e ed.). Toronto: Allyn & Bacon.
- Chung, H. H., & Elias, M. (1996). Patterns of adolescent involvement in problem behaviors: Relationship to self-efficacy, social competence, and life events. *American Journal of Community Psychology*, 24(6), 771-784.
- Ciuciu, G. (1974). The socialization process of children by means of extemporized and organized games. *International Review of Sport Sociology*, 9(1), 7-21.
- Cloutier, R. (1996). *Psychologie de l'adolescence* (2^e éd.). Montréal: Gaëtan Morin.
- Confédération des éducatrices et éducateurs physiques du Québec (CÉÉPQ) (1993). *La contribution de l'éducation physique à la prévention de la violence et de la criminalité au Québec*. Sainte-Foy, QC: Éditions l'Impulsion.
- Collingwood, T. R. (1997). *Helping at-risk youth through physical fitness programming*. Windsor, ON: Human Kinetics.
- Desbiens, N. (2000). *La réputation sociale des élèves manifestant des difficultés de comportement à l'école primaire: Effet d'un programme de promotion des habiletés sociales et de coopération en classe ordinaire*, thèse de doctorat, Université Laval.
- Desharnais, R., & Godin, G. (1995). *Enquête sur la pratique des activités physiques au secondaire (Projet E.P.A.P.S.)*. Sainte-Foy, QC: Université Laval.
- Dumont, M., Leclerc, D., & Deslandes, R. (2003). Ressources personnelles et détresse psychologique en lien avec le

- rendement scolaire et le stress chez des élèves de quatrième secondaire. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 35(3), 254-267.
- Fédération des éducateurs et éducatrices physiques enseignants du Québec (FÉÉPEQ) (1995). *Un peuple moins sédentaire et en meilleure santé à travers l'éducation physique et la vie active*. Mémoire présenté à la commission des états généraux sur l'éducation au Québec. Sainte-Foy, QC: Éditions l'Impulsion.
- Fortin, L., Royer, E., Marcotte, D., & Potvin, P. (2000). Les facteurs discriminants sur les plans personnel, familial et scolaire entre les troubles du comportement intériorisés, extériorisés et concomitants chez des élèves de première secondaire. *Revue des sciences de l'éducation*, 26(1), 197-218.
- Fortin, L., Royer, É., Marcotte, D., Potvin, P., & Joly, J. (2001). Épreuves de validité d'une mesure d'habiletés sociales auprès d'adolescents québécois à l'école secondaire. *Psychologie et Psychométrie*, 22(1), 23-44.
- Gendron, M. (1999). *La prévention de la violence chez les jeunes: le potentiel de l'activité physique intégrée dans un programme éducatif multidimensionnel*. Essai de maîtrise. Université Laval, Sainte-Foy, QC.
- Gendron, M., Royer, E., Bertrand, R., & Potvin, P. (2005). Les troubles du comportement, la compétence sociale et la pratique d'activités physiques chez les adolescents. *Revue des Sciences de l'Éducation*, 31(1), 211-233.
- Gendron, M., Royer, E., Potvin, P., & Bertrand, R. (2003). Troubles du comportement, compétence sociale et pratique d'activités physiques chez les adolescents : Enjeux et perspectives d'intervention. *Revue de Psychoéducation*, 32(2), 349-372.
- Goldstein, A. P. (1999). *The Prepare Curriculum : Teaching social skills*. Champaign, IL: Research Press.
- Gresham, F. M. (1998). Social skills training: Should we raze, remodel, or rebuild? *Behavioral Disorders*, 24(1), 19-25.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *Social Skills Rating System manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Janosz, M., Fallu, J. S., & Deniger, M. A. (2000). La prévention du décrochage scolaire : Facteurs de risque et efficacité des programmes d'intervention. In F. Vitaro & C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents Tome II : Les problèmes externalisés* (pp.115-164). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Kauffman, J. M. (1997). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (6^e éd.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Kino-Québec (1998). *Les jeunes et l'activité physique: Situation préoccupante ou alarmante?* Ministère des affaires municipales. Québec: Gouvernement du Québec.
- Kino-Québec (2000). *L'activité physique, déterminant de la santé des jeunes. Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*. Secrétariat au loisir et au sport. Québec: Gouvernement du Québec.
- Langsner, S. J., & Anderson, S. C. (1987). Outdoor challenge education and self-esteem and locus of control of children with behavior disorders. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 4, 237-246.
- Mahoney, J. L., & Stattin, H. (2000). Leisure activities and adolescent antisocial behavior: The role of structure and social context. *Journal of Adolescence*, 23(2), 113-127.
- Massé, L. (1999). Facteurs influençant l'efficacité des programmes d'interventions cognitives-comportementales en milieu scolaire. *Revue Canadienne de Psycho-Éducation*, 28(2), 199-211.
- Meeks, C. B., & Mauldin, T. (1990). Children's time in structured and unstructured leisure activities. *Lifestyles: Family and Economic Issues*, 11(3), 257-281.
- Mercier, R. (1992). Beyond class management Teaching social skills through physical education. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 63(6), 83-87.

- Ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) (2000). *Élèves handicapés ou élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA): Définitions*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Neter, J., Wasserman, W., & Kutner, M. H. (1990). *Applied linear statistical models* (3^e éd.). Homewood, IL: Richard D. Irwin, Inc.
- Osgood, D. W., Wilson, J. K., O'Malley, P. M., Bacman, J. G., & Johnston, L. D. (1996). Routine activities and individual deviant behavior. *American Sociological Review*, 61, 635-655.
- Parish-Plass, J., & Lufi, D. (1997). Combining physical activity with a behavioral approach in the treatment of young boys with behavior disorders. *Small Group Research*, 28 (3), 357-369.
- Patrick, T. (1996, March). *Play : An important component of preventative behavior management*. Paper presented at the Annual Conference of the Southern Early Childhood Association, Little Rock, AR.
- Quinn, M. M., Kavale, K. A., Mathur, S. R., Rutherford, R. B., & Forness, S. R. (1999). A meta-analysis of social skill interventions for students with emotional or behavioral disorders. *Journal of Emotional or Behavioral Disorders*, 7 (1), 54-64.
- Royer, E., Morand, C., & Gendron, M. (2005). *Programme PEC Pratiquons ensemble nos compétences : Guide d'introduction*. Québec: Université Laval-Centre de santé Portneuf.
- Rutherford Jr., R. B., Quinn, M. M., & Mathur, S. R. (2001). *Comment enseigner des comportements appropriés à ces jeunes qui présentent des troubles émotionnels ou comportementaux* (traduit par Tremblay, I. et adapté par Royer, E). Lévis, QC: École et Comportement.
- Santé Canada (2000). *Sondage indicateur de l'activité physique en 1998* [En ligne]. Disponible: <http://www.cflri.ca/icrcp/icrcp.html>
- SAS/STAT User's guide Version 6 (4th ed.) (1990). Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Diaz, T. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education*, 29(3), 251-278.
- Scheier, L. M., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Diaz, T. (2000). Dynamic growth models of self-esteem and adolescent alcohol use. *The Journal of Early Adolescence*, 20(2), 178-209.
- Schwarzer, R. (1993). *Measurements of perceived self-efficacy*. Psychometrics scales for cross-cultural research. Germany, Berlin: Freie Universität Berlin.
- Schwarzer, R. (2002). General perceived self-efficacy in 14 cultures [En ligne]. Disponible: <http://www.userpage.fu-berlin.de/~health/world14.htm>
- Schwarzer, R., Bassler, J., Kwiatek, P., Schroder, K., & Jian-Xin, Z. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the german, spanish and chinese versions of the general self-efficacy scale. *Applied Psychology*, 46 (1), 69-88.
- Solomon, G. B. (1997). Fair play in the gymnasium: Improving social skills among elementary school students. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 68(5), 22-25.
- Thibault, G. (2001). L'activité physique. In Gouvernement du Québec (Ed.), *6 12 17 Nous serons bien mieux! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire* (pp.211-250). Québec: Les Publications du Québec.
- Tremblay, R. (1996). *EDC Guide d'interprétation de l'Échelle d'évaluation des dimensions du comportement de Bullock et Wilson*. Loretteville, QC: Commission scolaire de La Jeune-Lorette.
- Vitaro, F., Dobkin, P. L., Gagnon, C., & LeBlanc, M. (Eds.) (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent: Prévalence, déterminants et prévention* (Monographies de psychologie; 11). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Vitaro, F., & Charbonneau, R. (2000). La prévention de la consommation abusive ou précoce de substances psychotropes chez les jeunes. In F. Vitaro & C. Gagnon (dir.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents Tome II : Les problèmes*

- externalisés (pp.335-378). Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
- Walker, H. M., Colvin, G., & Ramsey, E. (1995). *Antisocial behavior in school : Strategies and best practices*. Toronto: Brooks/Cole.
- Walker, H. M., & Severson, H. H. (1992). *Systematic screening for behavior disorders (SSBD)*. Longmont, CO: Sopris West.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (1997). *Psychologie du sport et de l'activité physique*. Windsor, ON: Human Kinetics.
- Weiss, M. R., Ebbeck, V., McAuley, E., & Wiese, D. M. (1990). Self-esteem and causal attributions for children's physical and social competence in sport. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 12*, 21-36.
- Williams, J. M., & Currie, C. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence: Pubertal timing and body image. *Journal of Early Adolescence, 20*(2), 129-149.
- Winnail, S. D., Valois, R. F., McKeown, R. E., Saunders, R. P., & Russell, R. (1995). Relationship between physical activity level and cigarette, smokeless tobacco, and marijuana use among public high school adolescents. *Journal of School Health, 65*(10), 438-442.
- Wright, P., Harwell, R., & Allen, L. (1998). Programs that works Project STRIDE: A unique summer intervention program for youth-at-risk. *Journal of Park and Recreation Administration, 16*(1), 97-113.