

**Direction des bibliothèques**

**AVIS**

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

**NOTICE**

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Comportements de contrôle de poids et consommation de tabac, d'alcool et de marijuana  
à l'adolescence : le rôle modérateur du soutien parental

par  
Catherine Sansfaçon

École de psychoéducation  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M.Sc.)  
en psychoéducation, option mémoire et stages

Août 2009

© Catherine Sansfaçon, 2009



Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :  
Comportements de contrôle de poids et consommation de tabac, d'alcool et de marijuana  
à l'adolescence : le rôle modérateur du soutien parental

présenté par :  
Catherine Sansfaçon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Frank Vitaro, PhD  
président-rapporteur

Paul L. Gendreau, PhD  
directeur de recherche

Dominique Meilleur, PhD  
membre du jury

## Résumé

Les comportements de contrôle de poids sont très répandus dans la société nord-américaine, particulièrement chez les adolescentes. Les adolescentes qui contrôlent leur poids sont davantage portées à consommer des psychotropes. Il a été suggéré que le lien entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes puisse être modéré par le soutien parental. Profitant d'une vaste étude pancanadienne, l'Enquête Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes (ELNEJ), la présente étude avait pour but d'observer chez des adolescentes: a) si les comportements de contrôle de poids étaient précurseurs de la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana, et b) si ce lien était modéré par le soutien parental. Un sous-échantillon de 646 adolescentes a été évalué à 12-13 ans puis à 14-15 ans. Les résultats des régressions logistiques confirment l'association entre les comportements de contrôle de poids et la consommation subséquente de tabac, d'alcool et de marijuana, et ce après contrôle de diverses variables individuelles (symptômes intériorisés, impulsivité, niveau initial de consommation) et du statut socioéconomique. Bien que le soutien parental soit associé négativement à la consommation d'alcool des adolescentes, il n'exerce aucun effet modérateur sur la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation d'alcool, de tabac ou de marijuana. Les implications cliniques de ces résultats sont discutées.

Mots clés: comportements alimentaires à risque, troubles alimentaires, troubles intériorisés, impulsivité, drogues, psychotropes, parents

## Summary

Weight control behaviours are prevalent during adolescence, particularly among adolescent girls. Those who control their weight are at greater risk of substance use. Previous studies have suggested that parental support may influence the association between weight control behaviours and substance use. Using data from the National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY), we examined in a sample of 646 adolescent girls whether: a) weight control behaviours were predictors of tobacco, alcohol and marijuana use, and b) parental support moderated this association. Weight control behaviours and parental support were assessed at 12-13 years of age and substance use was measured two years later. Results indicated that the girls using weight control behaviours were at greater risk for consuming tobacco, alcohol and marijuana two years. Although parental support was negatively associated with alcohol use, it did not moderate the associations between weight control behaviours and the use of alcohol, tobacco, or marijuana. The clinical implications of these findings are discussed.

**Keywords:** weight control behaviour, drugs, tobacco, marijuana, alcohol, impulsivity, internalizing behaviour, eating disorders, parental support,

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>iii</b>
<b>Summary</b> .....	<b>iv</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>v</b>
<b>Liste des tableaux</b> .....	<b>vii</b>
<b>Liste des figures</b> .....	<b>viii</b>
<b>Liste des sigles et abréviations</b> .....	<b>ix</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>x</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
Comportements de contrôle de poids : définition .....	3
Comportements de contrôle de poids et consommation de psychotropes .....	5
Variables familiales communément associées .....	7
Variables personnelles communément associées .....	8
Soutien parental : potentiel modérateur .....	10
Objectifs et hypothèses de l'étude .....	13
<b>Méthodologie</b> .....	<b>15</b>
Participants et collecte de données .....	15
Instruments et procédures .....	16
Variables indépendantes, Temps 1 (12-13 ans) .....	16
Variables dépendantes, Temps 2 (14-15 ans) .....	17
Variables contrôles Temps 1 (12-13 ans) .....	18
<b>Résultats</b> .....	<b>20</b>
Attrition et traitement des données manquantes partielles .....	20
Statistiques descriptives et corrélations .....	21
Analyses principales .....	22
Comportements de contrôle de poids et consommation de tabac .....	23
Comportements de contrôle de poids et consommation d'alcool .....	23
Comportements de contrôle de poids et consommation de marijuana .....	24
Analyses secondaires .....	25
<b>Discussion</b> .....	<b>28</b>
Comportements de contrôle de poids et consommation de psychotropes .....	28

Soutien parental, potentiel modérateur.....	33
Soutien parental et consommation de psychotropes.....	34
Forces et limites de l'étude.....	36
Études futures et pistes de réflexion.....	40
<b>Références .....</b>	<b>43</b>

## Liste des tableaux

Tableau I.	Statistiques descriptives.....	56
Tableau II.	Matrice de corrélations.....	57
Tableau III.	Coefficients des régressions logistiques ( $\beta$ ), erreur standard (ES), rapports de chances (RC) et intervalles de confiance pour les prédicteurs de la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana.....	58



Liste des figures

Figure 1. Hypothèses de l'étude.....14

### Liste des sigles et abréviations

<b>ELNEJ:</b>	<b>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes</b>
<b>PCME:</b>	<b>Personne connaissant le mieux l'enfant</b>
<b>SSE:</b>	<b>Statut socio-économique</b>

## Remerciements

Je désire remercier en premier lieu mon directeur de recherche Paul Gendreau qui a joué un rôle central dans ma décision de poursuivre mes études supérieures en psychoéducation et qui a su éveiller en moi l'envie de réaliser le défi qu'est d'écrire un mémoire de maîtrise. Paul a été disponible, soutenant et infiniment généreux tout au long des trois dernières années et particulièrement dans les moments les plus critiques de cette aventure. Je souhaite adresser un remerciement tout particulier à Véronique Dupéré qui m'a, elle aussi, offert une aide précieuse et qui s'est toujours montrée disponible. Merci également à Isabelle Archambault et Éric Lacourse pour s'être si gentiment investis dans mon projet.

Je remercie le Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS) pour m'avoir permis l'accès aux données de l'ELNEJ. Merci également au CIQSS et à l'École de Psychoéducation pour m'avoir accordé des bourses d'excellence.

Je souhaite remercier ma famille et tout particulièrement mes parents et mon frère qui, de par leur amour et leur soutien, m'ont toujours encouragée à relever des défis et à poursuivre mes projets. Merci à mes collègues et amis qui se sont intéressés à mon mémoire et qui m'ont soutenue jusqu'à l'écriture du tout dernier mot. Je tiens à remercier spécifiquement Sarah, ma coéquipière et fidèle amie, avec qui j'ai développé une inestimable complicité et avec qui j'ai vécu les plus beaux moments de ma maîtrise. Je souhaite finalement remercier François, mon grand amour et mon confident, qui m'appuie, m'écoute et me soutient depuis maintenant huit ans et qui n'a jamais cessé de croire en moi.

## Introduction

Le « culte de la minceur », cet engouement médiatique où l'apparence corporelle prend une importance démesurée, fait partie intégrante de la pensée nord-américaine depuis déjà plusieurs années. La société prônant un mode de vie sain via l'exercice quotidien et la saine alimentation, l'image corporelle est devenue une préoccupation majeure pour plusieurs adolescents, particulièrement pour les jeunes filles (Neumark-Sztainer, Story, Falkner, Beuhring, & Resnick, 1999). L'adolescence représente une période clé pour l'adoption de comportements visant le contrôle de poids et la modification de l'image corporelle dans le but de l'améliorer. Les changements pubertaires, le développement de l'identité, de même que les changements au sein du réseau social font en sorte que plusieurs adolescentes vont chercher à contrôler leur image corporelle. Selon une vaste enquête menée aux États-Unis (Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002), 56% des adolescentes de 14 à 16 ans feraient usage de méthodes – certaines radicales – pour contrôler leur poids (régime, exercices, vomissements, prise de laxatifs et de diurétiques).

Incidentement, l'adolescence est caractérisée par la présence plus marquée de comportements à risque pour la santé des jeunes. Or, certaines études rapportent que les adolescentes qui contrôlent leur poids sont également davantage portées à consommer des psychotropes, en particulier le tabac, l'alcool et la marijuana (Crow, Eisenberg, Story, & Neumark-Sztainer, 2006; Dowdell, 2002; Kanaan & Afifi, in press; Shisslak et al., 1998). Certains auteurs stipulent que la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes est le fruit d'influences d'ordre personnel ou familial communes aux deux phénomènes. En effet, tant les comportements de

contrôle de poids que la consommation de psychotropes ont été associés au fait de posséder un tempérament impulsif (Benjamin & Wulfert, 2005) et au fait de manifester des symptômes intériorisés (anxiété, dépression) (Cook et al., 2007; Kaufman & Augustson, 2008; Measelle, Stice, & Springer, 2006; Neumark-Sztainer et al., 1998; Neumark-Sztainer et al., 1996).

En outre, plusieurs études ont montré que le faible degré de cohésion familiale, de soutien parental et de supervision de même que le niveau élevé de conflits au sein de la famille étaient des facteurs de risque tant pour l'adoption de comportements de contrôle de poids (Byely, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000; Cachelin, Weiss, & Garbanati, 2003; Croll et al., 2002) que pour la consommation de psychotropes (Denton & Kampfe, 1994; Measelle, Stice, & Springer, 2006; Pires & Jenkins, 2007; Stice & Barrera, 1995).

Par ailleurs, certaines variables familiales pourraient exercer un effet modérateur sur la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes. En effet, Watts et Ellis (1992) rapportent que les adolescentes manifestant des comportements alimentaires à risque (i.e. préoccupations sévères par rapport au poids et à l'alimentation, insatisfaction corporelle) avaient moins tendance à consommer des psychotropes si elles percevaient un niveau élevé d'engagement et de supervision de la part de leurs parents.

Profitant d'un vaste échantillon représentatif de la population canadienne (Enquête Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes ou ELNEJ), la présente étude vise d'une part, à examiner si les comportements de contrôle de poids sont, chez

les adolescentes, précurseurs de l'initiation à la consommation des trois psychotropes les plus populaires parmi les jeunes, c'est-à-dire, le tabac, l'alcool et la marijuana, et d'autre part à vérifier si ces liens sont modérés par le soutien parental.

### *Comportements de contrôle de poids : définition*

L'anorexie et la boulimie – les troubles alimentaires les plus fréquemment discutés dans la littérature scientifique et populaire – s'inscrivent au sein d'un large continuum de conduites alimentaires à risque (Rosen & Neumark-Sztainer, 1998; Shisslak, Crago, & Estes, 1995). Conséquemment, certains auteurs insistent sur l'importance d'aller au-delà de la simple conceptualisation dichotomique, c'est-à-dire en terme d'absence ou de présence d'un trouble alimentaire, et de s'intéresser à l'ensemble des comportements alimentaires à risque, notamment aux comportements de contrôle de poids, et à leurs conséquences (Patton et al., 1990). En effet, les comportements alimentaires à risque apparaissent majoritairement au début de l'adolescence et sont de bons prédicteurs du développement d'un trouble alimentaire (Marchi & Cohen, 1990; Neumark-Sztainer, Butler, & Palti, 1995; Patton et al., 1990; Shisslak et al., 1995; Stice, Agras, & Hammer, 1999).

Il est possible de classifier les conduites alimentaires à risque selon différentes catégories, c'est-à-dire, les préoccupations par rapport au poids, la présence de symptômes spécifiques aux troubles alimentaires (anorexie et boulimie) et les comportements de contrôle de poids (Abrantes, Strong, Ramsey, Lewinsohn, & Brown, 2006; French, Perry, Leon & Fulkerson, 1994). Les préoccupations par rapport au poids incluent : a) la peur de gagner du poids, le désir d'être mince et les pensées récurrentes

face à son poids (French, Perry, Leon & Fulkerson, 1994). Concernant les comportements alimentaires à risque faisant référence à des symptômes spécifiques à l'anorexie, le C-DISC (*Columbia-Diagnostic Interview Schedule for Children*), une entrevue structurée permettant de repérer les symptômes de diverses psychopathologies du DSM-IV, les identifie comme suit : a) refus de maintenir son poids santé, b) peur intense de prendre du poids, c) perception erronée de sa silhouette et/ou de son poids, d) aménorrhée (Abrantes, Strong, Ramsey, Lewinsohn, & Brown, 2006). Les comportements alimentaires à risque se manifestant par des symptômes spécifiques à la boulimie sont les suivants : a) épisodes récurrents d'hyperphagie, b) comportements compensatoires et c) évaluation de soi basée sur le poids corporel.

La présente étude s'intéresse particulièrement aux comportements de contrôle de poids et à leurs conséquences. Les stratégies utilisées par les adolescents en vue de contrôler leur poids sont variées, s'échelonnant de peu sévères (p.ex. manger moins) à très sévères (p.ex. utiliser des laxatifs). Le *Youth Risk Behavior Survey*, un questionnaire auto-rapporté ayant pour but d'évaluer les comportements à risque pour la santé de jeunes américains de 14 à 16 ans, fait état de quatre comportements de contrôle de poids: (a) faire de l'exercice, (b) sauter des repas (jeûner), (c) faire l'usage de pilules amaigrissantes et (d) vomir (Serdula et al., 1993). Le *Voice of Connecticut Youth Survey* propose une classification similaire des comportements de contrôle de poids: (a) régime, (b) exercice et (c) désordre alimentaire (vomissements, usage de pilules amaigrissantes, de laxatifs ou de diurétiques) (Neumark-Sztainer et al., 1999).

La prévalence des comportements de contrôle de poids chez les enfants et les adolescents est préoccupante. En effet, alors que le pourcentage d'adolescents désirant

perdre du poids est d'environ 60% (Cook, MacPherson, & Langille, 2007), le taux de prévalence des jeunes filles faisant l'usage de comportements de contrôle de poids varie entre 2,4% pour les comportements extrêmes (utilisation de vomissements ou de pilules amaigrissantes) et 57% pour les comportements plus courants (diète, exercice, jeûne) (Cook et al., 2007; Croll et al., 2002; Crow et al., 2006; Jones, Bennett, Olmsted, Lawson, & Rodin, 2001; Krowchuk, Kreiter, Woods, Sinal, & Durant, 1998; Neumark-Sztainer & Hannan, 2000).

#### *Comportements de contrôle de poids et consommation de psychotropes*

La relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes a été fréquemment étudiée par l'entremise d'études à devis transversal. En effet, les jeunes filles qui contrôlent leur poids à l'aide de diètes, d'exercices physiques, de laxatifs/diurétiques ou de vomissements consomment davantage de tabac (Crow et al., 2006; Dowdell, 2002; Kanaan & Afifi, in press; Krowchuk et al., 1998; Lock, Reisel, & Steiner, 2001; Middleman, Vazquez, & Durant, 1998; Neumark-Sztainer, Story, Dixon, & Murray, 1998; Neumark-Sztainer, Story, & French, 1996; Rafiroiu, Sargent, Parra-Medina, Drane, & Valois, 2003), d'alcool (Crow et al., 2006; Dowdell, 2002; Lock et al., 2001; Neumark-Sztainer et al., 1998; Neumark-Sztainer et al., 1996; Rafiroiu et al., 2003) et de marijuana (Crow et al., 2006; Lock et al., 2001; Neumark-Sztainer et al., 1998; Neumark-Sztainer et al., 1996; Rafiroiu et al., 2003) que leurs pairs ne contrôlant pas leur poids.

Peu d'études ont vérifié, via un devis longitudinal, si les comportements de contrôle de poids prédisaient la consommation future de psychotropes. Ce type de devis



permet de statuer davantage la direction du lien entre ces deux phénomènes. Ainsi, deux études prospectives auprès d'adolescents ont montré que le fait d'être préoccupé par son poids augmente le risque de consommer subséquemment du tabac (Field et al., 2002; Koval, Pederson, Zhang, Mowery, & McKenna, 2008). Une étude portant sur 2 000 adolescents âgés de 12 à 15 ans révèle que les jeunes filles ayant fait usage de la diète et celles ayant adopté certains comportements alimentaires à risque (i.e. tentative de perte de poids, présence de symptômes d'anorexie et/ou de boulimie et pensées récurrentes par rapport au poids) étaient deux fois plus à risque de consommer du tabac un an plus tard (French, Perry, Leon et Fulkerson, 1994). Une autre étude indique que les adolescentes ayant réduit leur apport calorifique au moins une fois par semaine étaient deux fois plus à risque de fumer la cigarette deux ans plus tard (Austin & Gortmaker, 2001). Toutefois, deux autres études longitudinales n'ont pas décelé un lien prospectif entre le fait de suivre un régime amaigrissant et la consommation subséquente de tabac (Honjo & Siegel, 2003; Patton et al., 1998).

Les études sur l'alcool et la marijuana sont plus rares. À notre connaissance, une seule étude longitudinale a démontré que les adolescents ayant fait un régime à 12 ans étaient plus à risque de consommer de l'alcool à 15 ans (Krahn et al., 1996). Cette étude ayant utilisé les données provenant d'un échantillon clinique, ces résultats ne sont toutefois pas généralisables à l'ensemble de la population. Aucune étude ne semble avoir vérifié si les comportements de contrôle de poids sont des prédicteurs de la consommation de marijuana.

### *Variables familiales communément associées*

Deux modèles théoriques généraux sont particulièrement pertinents et se complètent afin de comprendre l'association entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes à l'adolescence : le "*Problem Behavior Theory*" et le "*Developmental Assets*". Selon ces modèles, le fait de posséder des valeurs dites « non conventionnelles » serait sous-jacent à l'initiation et au maintien des comportements à risque à l'adolescence; l'adoption de ces valeurs proviendrait des premières expériences de socialisation, des premières relations significatives, de l'environnement social, des normes et des compétences sociales acquises au cours de l'enfance (Donovan & Jessor, 1985; Jessor, Graves, & Hanson, 1968; Leffert et al., 1998). Les adolescents s'engageant dans des activités dites « conventionnelles » (p.ex. activités parascolaires) et évitant les activités « moins conventionnelles » (p.ex. usage de drogues) réduiraient leurs risques de manifester des comportements problématiques. Ces modèles théoriques regroupent donc l'utilisation de comportements alimentaires à risque de même que la consommation de psychotropes parmi un ensemble de comportements à risque à l'adolescence. Ainsi, tel que décrit par ces modèles théoriques, la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes pourrait puiser ses origines au sein de variables communément associées d'ordre social et familial.

Plusieurs études ont montré que le fait de vivre au sein d'un climat familial conflictuel et le manque de cohésion familiale ont été associés à la présence de comportements de contrôle de poids chez les jeunes filles (Byely et al., 2000; Cachelin et al., 2003; Croll et al., 2002). Toutefois, certains auteurs questionnent la nature causale

de cette association (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004; Stice, 2002). Ces mêmes facteurs familiaux ont également été associés à la consommation de psychotropes des adolescentes (Denton & Kampfe, 1994; Measelle, Stice, & Springer, 2006; Pires & Jenkins, 2007; Stice & Barrera, 1995). Par conséquent, il est possible que le manque de soutien parental soit à l'origine tant de l'apparition des comportements de contrôle de poids que de la consommation de psychotropes à l'adolescence.

#### *Variables personnelles communément associées*

Plusieurs auteurs expliquent la relation entre les comportements alimentaires à risque et la consommation de psychotropes à l'aide de facteurs personnels communément associés aux deux phénomènes tel le fait de posséder un tempérament impulsif et de manifester des symptômes intériorisés (anxiété, dépression). La présence de ces caractéristiques personnelles expliquerait pourquoi les adolescents contrôlant leur poids manifestent également d'autres comportements dommageables pour la santé: consommation de psychotropes, mais aussi comportements sexuels à risque et tentatives de suicide (Abrantes, Strong, Ramsey, Lewinsohn, & Brown, 2006; Garry, Morrissey, & Whetstone, 2003; Lock et al., 2001; Neumark-Sztainer et al., 1998).

L'impulsivité est une caractéristique souvent associée à la fois aux comportements de contrôle de poids et à la consommation de psychotropes. Ainsi, selon le *multi-impulsivist model*, l'impulsivité serait le trait de tempérament responsable de l'association entre les comportements alimentaires à risque et la consommation de drogues (Benjamin & Wulfert, 2005). D'après ce modèle, les individus manifestant les deux problématiques posséderaient un tempérament particulièrement impulsif. À cet

effet, l'étude de Nederkoorn, Van Eijs et Jansen (2004) auprès d'un échantillon de jeunes femmes révèle que celles faisant l'usage de diète sont plus impulsives que leurs pairs ne contrôlant pas leur poids. L'impulsivité semble aussi être un trait de tempérament prédominant chez les adultes et adolescents faisant l'usage de psychotropes (Grau & Ortet, 1999; McGue, Iacono, Legrand, Malone, & Elkins, 2001; Soloff, Lynch, & Moss, 2000; Thompson, Whitmore, Raymond, & Crowley, 2006; Wagner, 1993). Molina, Smith et Pelham (1999) rapportent que c'est principalement la composante impulsivité qui expliquerait la fréquence plus élevée de consommation de psychotropes parmi les enfants souffrant à la fois d'un trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et d'un trouble des conduites. En outre, l'étude de Loxton et Dawe (2001) a démontré que les adolescentes qui consommaient de l'alcool de manière abusive et qui manifestaient des comportements alimentaires à risque obtenaient un score plus élevé d'impulsivité que le groupe contrôle ne présentant pas de problème alimentaire ni de consommation d'alcool.

Les troubles intériorisés pourraient également être impliqués dans la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes des adolescents. Tel que postulé par l'hypothèse de l'auto-médication, la consommation de psychotropes aurait pour fonction d'alléger la détresse émotionnelle (Wolfe & Maisto, 2000). Ainsi, les jeunes filles contrôlant leur poids consommeraient des psychotropes afin d'apaiser leurs symptômes dépressifs ou anxieux. Cette explication découle du fait que les symptômes de type intériorisé sont associés tant aux comportements de contrôle de poids qu'à la consommation de psychotropes chez les adolescents. En effet, les adolescents qui font l'usage de diètes présentent un plus grand nombre de symptômes dépressifs (Abrantes et al., 2006; Crow et al., 2006), ont une plus faible estime de soi

(French et al., 2001), font plus de tentatives de suicide (Cook et al., 2007; Neumark-Sztainer et al., 1998; Neumark-Sztainer et al., 1996) et sont plus émotionnellement instables (Richards, Casper, & Larson, 1990). Les symptômes de type intériorisés ont également été associés à la consommation de psychotropes durant l'adolescence (Chabrol, Chauchard, & Girabet, 2008; Roberts, Roberts, & Xing, 2007; Simantov, Schoen, & Klein, 2000; Wagner, 1993). En outre, certaines études prospectives ont montré que les adolescents ayant une faible estime de soi et ayant une humeur négative sont à risque de consommer des psychotropes (Kaufman & Augustson, 2008; Measelle, Stice, & Springer, 2006; Wittchen et al., 2007; Wu et al., 2006).

Somme toute, il s'avère nécessaire de vérifier l'association prospective entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes en contrôlant pour des variables d'ordre personnel et familial qui pourraient être associées aux deux phénomènes. À notre connaissance, aucune étude longitudinale portant sur la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana n'a examiné l'influence concomitante de l'impulsivité, des symptômes intériorisés et du soutien parental.

#### *Soutien parental : potentiel modérateur*

Tel qu'énoncé précédemment, les problèmes familiaux exercent une influence certaine sur la consommation de psychotropes des adolescents. En effet, les résultats de plusieurs études montrent que les adolescents consomment davantage de psychotropes lorsqu'ils vivent au sein de familles dysfonctionnelles (Denton & Kampfe, 1994; Fristad & Clayton, 1991; McKay, Murphy, Rivinus, & Maisto, 1991; Miljkovitch,

Pierrehumbert, Karmaniola, Bader, & Halfon, 2005; Stephenson, Henry, & Robinson, 1996; Wills, 1990). De plus, la perception du manque de soutien parental est positivement associée à la consommation de psychotropes à l'adolescence (Jessor & Jessor, 1975; Measelle, Stice, & Springer, 2006; Pires & Jenkins, 2007; Stice & Barrera, 1995).

Certains modèles ont tenté d'expliquer les mécanismes sous-tendant le lien entre le soutien parental et la consommation de psychotropes à l'adolescence. Le modèle de Rohner (1986), la *PARTheory*, décrit les mécanismes par lesquels la qualité du soutien parental affecte le développement de la consommation de psychotropes. Selon ce modèle, le soutien parental est un concept existant sur un continuum. Cette gradation de soutien se situe entre deux pôles: le pôle « rejet parental » (absence de soutien) et le pôle « acceptation parentale » (présence de soutien). Le rejet parental se caractérise par des comportements d'indifférence, de désapprobation, d'aversion ou de ressentiment de la part des parents envers leur enfant. À l'opposé, les parents faisant preuve d'acceptation parentale manifestent de l'amour et de l'affection envers leur enfant de façon verbale ou physique. Ainsi, la perception de l'acceptation ou du rejet manifesté par les parents a des conséquences non seulement sur les comportements des jeunes mais également, à plus long terme, sur leur personnalité et leur devenir.

Selon le *Social mold model* (Hartup, 1978) les enfants ayant reçu peu de soutien parental sont plus à risque d'enfreindre les règles établies telle l'interdiction de consommer des drogues. D'autre part, d'autres auteurs ont postulé que les adolescents et jeunes adultes consomment des psychotropes en vue d'être acceptés plus favorablement par leurs pairs (Suls & Green, 2003). En effet, le fait d'appartenir à un groupe de pairs

déviant, ayant déjà eux-mêmes consommé des psychotropes, a maintes fois été identifié comme un facteur de risque à l'initiation à la consommation de drogues à l'adolescence (Brook, Whiteman, Gordon, Nomura, & et al., 1986; Ellickson & Hays, 1991; Thombs, Beck, Mahoney, Bromley, & Bezon, 1994; Vitaro, Wanner, Brendgen, Gosselin, & Gendreau, 2004).

Or, les résultats de plusieurs études indiquent que le fait de recevoir du soutien de la part des parents et de la famille exercerait un effet protecteur sur l'influence qu'ont les pairs déviant sur la délinquance et la consommation future de psychotropes chez les adolescents (Frauenglass, Routh, Pantin, & Mason, 1997; Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2000). En outre, d'autres variables familiales telles la supervision et l'engagement parental semblent exercer un effet protecteur sur la relation entre certains comportements alimentaires à risque et la consommation de psychotropes à l'adolescence (Watts & Ellis, 1992). Par conséquent, il serait pertinent de vérifier dans quelle mesure le soutien parental interagit avec les comportements de contrôle de poids sur le développement de la consommation de psychotropes à l'adolescence. Précisément, la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes pourrait être modérée, c'est-à-dire amplifiée, par le manque de soutien parental. Par ailleurs, les écrits scientifiques indiquant que le manque de soutien parental est associé à la consommation de psychotropes des adolescents, la présente étude vérifiera, par le fait même, si ces résultats s'appliquent à la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana, c'est-à-dire, que le soutien parental exerce un effet unique et additif sur la consommation de psychotropes en plus d'un effet modérateur.

### *Objectifs et hypothèses de l'étude*

La présente étude poursuit deux objectifs. Premièrement, elle vise à examiner la relation prédictive entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana chez les jeunes adolescentes canadiennes et ce, au-delà des variables d'ordre familial et personnel susceptibles d'en être la source commune. Deuxièmement, la présente étude vise à vérifier le rôle potentiellement modérateur du soutien parental dans l'établissement de ce lien.

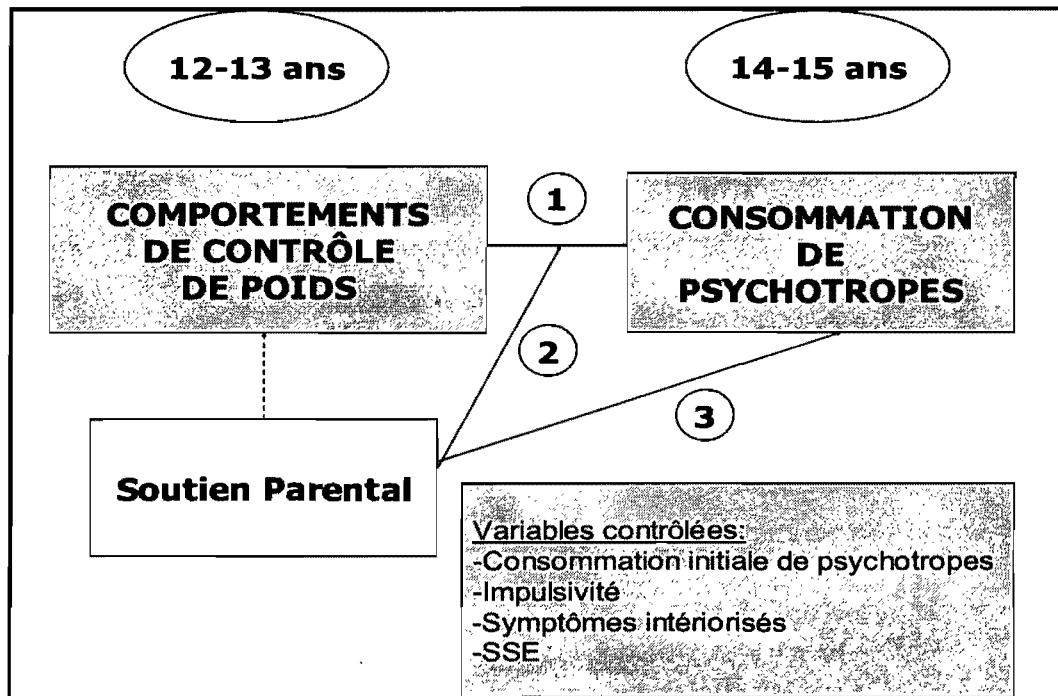
La relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes à l'adolescence ayant été démontrée largement au sein des études concomitantes, il est postulé que cet effet perdurera dans le temps. Spécifiquement, la première hypothèse à l'étude stipule que les comportements de contrôle de poids à 12 et 13 ans prédiront une augmentation de la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana entre 12-13 ans et 14-15 ans et ce, indépendamment des niveaux de soutien parental, d'impulsivité, de symptômes intériorisés, du statut socio-économique et du niveau initial de consommation.

À titre de deuxième hypothèse, il est stipulé que le manque de soutien parental modérera à la hausse le lien entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes. Le manque de soutien parental ayant été montré comme étant un facteur prédictif de la consommation de psychotropes des adolescents, il est envisagé, à titre de troisième hypothèse, que cette variable (évaluée à 12-13 ans) prédira de manière unique et additive la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana des adolescentes à 14-15 ans.



Les hypothèses de l'étude sont représentées dans la Figure 1.

Figure 1. Hypothèses de l'étude



## Méthodologie

### *Participants et collecte de données*

Les données proviennent de l'Enquête Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes (ELNEJ). L'ELNEJ est une étude à long terme réalisée conjointement par le Développement des Ressources Humaines Canada et Statistique Canada (Statistique Canada, 1997). L'objectif de cette enquête est d'examiner les divers facteurs ayant une incidence sur la croissance et le développement des enfants du Canada et de suivre leur développement ainsi que leur bien-être, de l'enfance jusqu'à la vie adulte (25 ans). Un échantillon représentatif d'enfants canadiens âgés de 0 à 11 ans, recueilli dans les 10 provinces canadiennes et les Territoires (excluant les réserves autochtones) fut initialement sélectionné. Il est à noter que 90% des répondants sont caucasiens (Statistique Canada, 1999).

L'ELNEJ fut instaurée en 1994-1995 (cycle 1) et comprend une cueillette de données biannuelle. L'enquête est maintenant au cycle 8 (2008-2009). La plupart des renseignements ont été recueillis auprès de la personne connaissant le mieux l'enfant (PCME) et auprès de l'enfant lui-même. Les renseignements de la PCME ont été obtenus via une technique d'entrevue sur place assistée par ordinateur dans le milieu familial ou par téléphone. Les enfants de 10 ans et plus ont complété un questionnaire à la maison. Selon Statistique Canada (1997), le nombre total de répondants s'élevait à 22 831 au cycle 1, représentant un taux de participation de 86%. Suite à une diminution volontaire de données afin d'amoinrir le fardeau de réponse au niveau des ménages ainsi que les coûts financiers, le nombre de répondants est passé à 16 903 au cycle 2. Ce

nombre a été réduit à 16 718 au cycle 3, suite aux refus de participer (N=112), aux déménagements permanents à l'extérieur du pays (N=52), aux décès (N=12) ou autres raisons (N=9). Le sous-échantillon ciblé dans la présente étude était constitué des filles de l'échantillon longitudinal âgées de 12-13 ans au cycle 2 et âgées de 14 et 15 ans au cycle 3. Cet échantillon implique les données de 646 jeunes (N = 646).

### *Instruments et procédures*

#### *Variables indépendantes, Temps 1 (12-13 ans)*

*Comportements de contrôle de poids.* Les comportements de contrôle de poids ont été évalués à l'aide d'un questionnaire auquel répondait le jeune. Le questionnaire utilisé mesure plusieurs variables relatives aux habitudes de vie du jeune, dont une question portant sur les comportements de contrôle de poids: *Au cours des sept derniers jours, qu'as-tu essayé de faire pour maigrir ou ne pas grossir?* a) « Je n'ai pas essayé de maigrir ou de ne pas grossir », b) « J'ai suivi un régime », c) « J'ai fait de l'exercice », d) « J'ai fait de l'exercice et j'ai suivi un régime » et e) « J'ai utilisé une autre méthode, mais je n'ai pas fait d'exercice ou suivi un régime ». La question a été dichotomisée afin d'observer globalement la différence entre les jeunes n'utilisant pas de méthodes de contrôle de poids (a = 0) et les jeunes utilisant une ou des méthodes afin de contrôler leur poids (b, c, d, e = 1).

*Soutien parental.* L'instrument utilisé pour mesurer la variable du soutien parental est le questionnaire auto-rapporté de l'enfant « Mes parents et moi ». Ce questionnaire mesure des aspects relatifs aux soins, au rejet/soutien et à la surveillance apportée par les parents (tirées du *Western Australia Child Health Survey*) ainsi que des

questions traitant du degré d'intimité et de partage de secret avec les parents (tirées du *Network of Relationships Inventory*). Une échelle calculée à partir de ce questionnaire est celle du soutien parental ( $\alpha = .86$ ; (Statistique Canada, 1997)). Cette échelle continue contient six items avec cinq choix de réponses par item (« Jamais » à « Très souvent »). Les scores de cette échelle se situent entre 0 et 24. Des exemples d'items sont : a) *Mes parents me sourient*, b) *Mes parents me félicitent*, c) *Mes parents parlent des bonnes choses que je fais*, d) *Mes parents s'assurent de me dire que je suis apprécié (e)* et e) *Mes parents semblent fiers des choses que je fais*.

#### *Variables dépendantes, Temps 2 (14-15 ans)*

*Tabac.* Les jeunes filles ayant répondu « Non » à la question *As-tu déjà essayé de fumer la cigarette, même juste quelques bouffées?* ainsi qu'à la question *Fumes-tu toujours la cigarette?* ont été considérées comme non-fumeuses. Les adolescentes qui ont répondu «Oui» à ces deux questions devaient également répondre à la question *Combien de fois fumes-tu la cigarette?* a) Quelques fois par année, b) Environ 1 ou 2 fois par mois, c) Environ 1 ou 2 fois par semaine, d) Environ 3 à 5 fois par semaine et e) Tous les jours. Ainsi étaient considérées comme consommatrices de tabac les adolescentes qui ont indiqué fumer au moins quelques fois par année.

*Alcool.* Les jeunes filles ayant répondu « Non » à la question *As-tu déjà pris un verre d'alcool?* ainsi qu'à la question *Bois-tu encore de l'alcool?* ont été intégrées au groupe de jeunes filles ne buvant pas d'alcool. Les adolescentes qui ont répondu «Oui» à ces deux questions devaient également répondre à la question *Combien de fois bois-tu de l'alcool?* a) Quelques fois par année, b) Environ 1 ou 2 fois par mois, c) Environ 1 ou 2

fois par semaine, d) Environ 3 à 5 fois par semaine et e) Tous les jours. Ainsi étaient considérées comme appartenant au groupe ayant déjà consommé de l'alcool, les adolescentes qui ont indiqué boire au moins quelques fois par année.

*Marijuana.* Les jeunes filles ayant répondu « Je ne connais pas cette drogue » ou « Je n'ai jamais pris cette drogue » à la question : *Quel âge avais-tu quand tu as essayé la marijuana?* ont été considérées comme non-fumeuses. Les adolescentes qui ont répondu «un âge» à cette question devaient également répondre à la question *Combien de fois as-tu consommé de la marijuana?* A) Une ou deux fois, B) Quelques fois par année, C) Environ 1 ou 2 fois par mois, D) Environ 1 ou 2 fois par semaine, E) Environ 3 ou 5 fois par semaine et F) Tous les jours. Ainsi étaient considérées comme appartenant au groupe ayant déjà fumé de la marijuana, les adolescentes qui ont indiqué avoir fumé de la marijuana au moins une ou deux fois.

#### *Variables contrôles Temps 1 (12-13 ans)*

*Consommation initiale de tabac, alcool et marijuana.* Afin de mesurer la consommation initiale de psychotropes des adolescentes, trois variables ont été créées séparant les fumeuses des non-fumeuses, les buveuses des non-buveuses et les fumeuses de marijuana des non-fumeuses de marijuana. La méthode utilisée afin de dichotomiser ces variables fut la même que celle appliquée aux variables de fréquence de consommation de tabac, alcool et marijuana décrite ci-haut (variables dépendantes, Temps 2 (14-15 ans).

*Statut socio-économique (SSE).* Le statut socio-économique est une mesure composite comprenant 5 items : le revenu du ménage, le niveau d'éducation (nombre

d'années d'étude) de la PCME et du conjoint, et le prestige de la profession de la PCME et du conjoint (Statistique Canada, 1995). Le prestige de la profession était une version modifiée d'une échelle élaborée par Pineo, Porter et McRoberts (1977).

*Symptômes intériorisés.* L'« Échelle de Comportements » a été utilisée afin de mesurer le degré de symptômes intériorisés des adolescentes. La sous-échelle « troubles émotifs » ( $\alpha = .76$ ) relative à l'anxiété et aux symptômes dépressifs du jeune comprend des questions provenant de l'Étude sur la santé des enfants de l'Ontario. Cette sous-échelle contient huit items et les scores varient entre 0 et 16, un score élevé représentant plus de symptômes intériorisés. Des exemples d'items sont : a) *Je suis malheureux (se), triste ou déprimé (e)*, b) *Je suis inquiet (e)* et c) *Je suis nerveux (se) ou très tendu (e)*. Chacune de ces questions comprend trois éléments de réponses : a) Jamais ou faux, b) Quelques fois ou quelques fois vrai et c) Souvent ou très vrai. Le regroupement des questions relatives aux symptômes dépressifs et celles relatives aux symptômes d'anxiété en un seul construit de "symptômes intériorisés" a été effectué sur la base d'une analyse factorielle (Statistique Canada, 1995).

*Impulsivité.* Cette variable est étudiée à l'aide d'une question tirée de la sous-échelle mesurant l'hyperactivité. La question permettant de mesurer l'impulsivité est : (a) *Je suis impulsif(ve), j'agis sans réfléchir.* Cette question comprend trois éléments de réponses : a) Jamais ou faux, b) Quelques fois ou quelques fois vrai et c) Souvent ou très vrai. Ont été considérées comme impulsives les jeunes qui ont répondu « souvent ou très vrai » à la question, ceci représentant 5% de l'échantillon.

## Résultats

### *Attrition et traitement des données manquantes partielles*

Les données utilisées sont celles des participants faisant partie du suivi de la cohorte qui avait 12-13 ans au cycle 2 et 14-15 ans au cycle 3 de l'enquête. Lors de chaque collecte de données, Statistique Canada a calculé des poids permettant de préserver la représentativité de l'échantillon malgré l'attrition (Statistique Canada, 1995). L'utilisation de cette pondération permet donc de remédier, au moins partiellement, à l'attrition entre le cycle 2 et le cycle 3. Toutefois, l'inclusion du poids longitudinal ne peut pallier les biais associés aux répondants partiels, c'est-à-dire, aux participants n'ayant pas répondu à toutes les questions relatives aux variables à l'étude. Ainsi, seules les données des participants ayant répondu à l'ensemble des questions relatives aux variables à l'étude ont été conservées (*list-wise deletion*). Suite à cette sélection, le poids longitudinal normalisé du cycle 3 a été appliqué à toute la banque et de nouvelles fréquences ont été calculées pour chacune des variables, rendant l'échantillon équivalent à 646 participantes.

Des tests-*t* ont été effectués afin de vérifier s'il existait des différences entre les sujets inclus et exclus de l'analyse. Ces analyses révèlent que les répondants partiels avaient moins de soutien de la part de leurs parents ( $t(863) = 2.42, p < .05$ ), utilisaient moins de comportements de contrôle de poids ( $t(894) = 2.94, p < .01$ ) et consommaient moins d'alcool ( $t(864) = 2.2, p < .05$ ) que les répondants globaux.

*Statistiques descriptives et corrélations*

Les caractéristiques descriptives de l'échantillon final sont résumées au Tableau I. Il est à noter que certaines échelles ont été recodées (soutien parental et symptômes intériorisés) pour des motifs de confidentialité. Statistique Canada ne permettant pas la divulgation de données descriptives lorsque certains scores de l'échelle contiennent moins de cinq répondants, ces scores ont dû être combinés. Par exemple, si une échelle produit des scores de 0 à 24 et qu'il y a moins de cinq jeunes ayant obtenu des scores de 1, 2 ou 3, ces trois scores doivent être combinés en un seul score égal à 1, ceci modifiant l'échelle initialement de 0 à 24 en une échelle de 0 à 21. Les échelles devant être recodées dans la présente étude sont les échelles de soutien parental et de symptômes intériorisés et leurs valeurs minimums et maximums sont inscrites au Tableau I.

Les analyses indiquent que 53% des jeunes filles de 12-13 ans ont dit avoir manifesté des comportements de contrôle de poids. Ce pourcentage est conforme aux taux de prévalence énoncés dans plusieurs études (Cook et al., 2007; Croll et al., 2002; Jones et al., 2001; Krowchuk et al., 1998; Neumark-Sztainer & Hannan, 2000). On constate également qu'à 12-13 ans, 33.5% des jeunes filles fumaient la cigarette contre 26.8% à 14-15 ans. Le pourcentage d'adolescentes de 12-13 ans consommant de l'alcool était de 31% contre 45.9% à 14-15 ans. Finalement, le pourcentage de jeunes filles consommant de la marijuana à 12-13 ans s'élevait à 7% contre 30.8% à 14-15 ans.

Une matrice de corrélation des variables à l'étude peut être consultée au Tableau II. Il est à noter que certaines variables de contrôle n'ont pu être incluses dans cette matrice pour des motifs de confidentialité. Statistiques Canada ne permet pas la



divulgarion de données s'il y a moins de 5 répondants dans une cellule de tableaux croisés, ce qui est survenu pour les variables de consommation initiale de psychotropes. Tel qu'anticipé, les comportements de contrôle de poids sont positivement corrélés avec la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana. De plus, le soutien parental est négativement corrélé tant aux comportements de contrôle de poids qu'à la consommation de psychotropes à l'adolescence. Il importe de mentionner que la matrice ne comporte aucune corrélation supérieure à 0.7, diminuant ainsi le risque de multicollinéarité.

### *Analyses principales*

Des analyses de régression logistique ont été réalisées afin de vérifier si les comportements de contrôle de poids à 12-13 ans prédisent une augmentation de la consommation d'alcool, de tabac et de marijuana de 12-13 ans à 14-15 ans, au-delà des variables d'ordre personnel (impulsivité, symptômes intériorisés, niveau initial de consommation de psychotropes), familial (soutien parental) et social (SSE) communément associées à ces deux variables. Le rôle potentiellement modérateur du soutien parental a également été exploré.

Trois régressions logistiques ont été effectuées, une pour chacune des variables dépendantes (Tableau III), intégrant la variable dépendante ainsi que toutes les variables prédictives, incluant la consommation initiale de la substance en question, les variables d'ordre personnel, familial et social et les comportements de contrôle de poids dans un premier modèle, puis en insérant les variables d'interaction (soutien parental x

comportements relatifs à la diète, l'exercice et autres méthodes) dans le modèle subséquent.

*Comportements de contrôle de poids et consommation de tabac*

La première analyse de régression logistique a permis de vérifier si le fait de contrôler son poids à 12-13 ans était un prédicteur de la consommation de cigarette à 14-15 ans. Ce modèle est significatif ( $\chi^2 (6) = 164.17, p < 0.001$ ) et la proportion de variance expliquée est de 34%. Cette analyse indique que les jeunes filles manifestant des comportements de contrôle de poids à 12-13 ans sont davantage à risque d'augmenter leur consommation de tabac de 12-13 ans à 14-15 ans (RC = 1.74,  $p < .05$ ) et ce, au-delà des variables contrôles. Le soutien parental, les symptômes intériorisés et le SSE ne possèdent aucun lien additif unique avec la consommation de tabac à 14-15 ans. De plus, le soutien parental n'exerce aucun effet d'interaction sur la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes.

L'impulsivité à 12-13 ans est un bon prédicteur de la consommation de tabac à 14-15 ans (RC = 2.92,  $p < .05$ ) indépendamment des autres variables dans le modèle. Par ailleurs, il n'est pas surprenant de constater que la consommation de tabac à 12-13 ans se révèle également un bon prédicteur de la consommation de tabac ultérieure (RC = 9.35,  $p < .001$ ).

*Comportements de contrôle de poids et consommation d'alcool*

Le modèle ayant pour but de vérifier si les comportements de contrôle de poids à 12-13 ans prédisaient la consommation d'alcool à 14-15 ans, au-delà des variables de contrôle, est significatif ( $\chi^2 (6) = 139.67, p < 0.001$ ) et la proportion de variance

expliquée par ce modèle est de 27.2%. Les jeunes filles ayant adopté des comportements de contrôle de poids à 12-13 ans sont plus à risque de voir leur consommation d'alcool augmenter de 12-13 ans à 14-15 ans et ce, au-delà des variables de contrôle (RC = 1.71,  $p < .01$ ). Les analyses révèlent également que pour chaque augmentation d'une unité au score de soutien parental, le risque de consommer de l'alcool chez les adolescents de 14-15 ans diminue de 6% (RC = 0.94,  $p < .05$ ). Aucun effet d'interaction ne s'est avéré significatif entre le soutien parental et les comportements de contrôle de poids en regard de la consommation d'alcool.

L'impulsivité, les symptômes intériorisés et la consommation initiale d'alcool jouent un rôle additif unique par rapport à la consommation future d'alcool des adolescentes. Les jeunes filles impulsives sont environ cinq fois plus à risque de consommer de l'alcool à 14-15 ans (RC = 4.96,  $p < .01$ ) comparativement à celles n'étant pas ou peu impulsives. Par ailleurs, pour chaque augmentation d'une unité sur l'échelle de symptômes intériorisés, le risque de consommer de l'alcool à 14-15 ans diminue de 12% (RC = 0.88,  $p < .001$ ). De plus, les adolescentes ayant déjà consommé de l'alcool à 12-13 ans sont approximativement sept fois plus à risque d'en consommer encore deux ans plus tard (RC = 6.57,  $p < .001$ ).

#### *Comportements de contrôle de poids et consommation de marijuana*

Le modèle mesurant si les comportements de contrôle de poids à 12-13 ans prédisent une augmentation de la consommation de marijuana de 12-13 ans à 14-15 ans est significatif ( $\chi^2(6) = 123.04$ ,  $p < 0.001$ ) et permet d'expliquer 25.6 % de la variance. Les adolescentes de 12-13 ans ayant employé une méthode de contrôle de poids sont

plus à risque de consommer de la marijuana à 14-15 ans ( $RC = 1.77, p < .01$ ). Le soutien parental n'a aucune répercussion sur la consommation de marijuana et il n'y a aucun effet d'interaction.

Tout comme pour le tabac et l'alcool, l'impulsivité est un prédicteur de la consommation de marijuana à 14-15 ans ( $RC = 2.72, p < .05$ ). De plus, les adolescentes ayant déjà consommé de la marijuana à 12-13 ans sont davantage à risque d'en consommer à 14-15 ans ( $RC = 71.66, p < .001$ ). Les résultats de cette analyse indiquent également que le statut socio économique est négativement associé à la consommation de marijuana ( $RC = 0.7, p < .01$ ).

#### *Analyses secondaires*

Le manque de soutien parental ayant un rôle à jouer tant sur l'apparition des comportements de contrôle de poids que de la consommation de psychotropes à l'adolescence, il a été question de vérifier si le soutien parental est une source commune de l'association entre ces deux variables. Bien que cette hypothèse ait déjà été considérée au sein des analyses principales, c'est-à-dire, que la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes demeure significative malgré l'inclusion concomitante du soutien parental dans le modèle, une analyse supplémentaire a été réalisée par soucis méthodologique étant donné l'importance accordée à cette variable au sein de la présente étude.

Tel qu'indiqué ci-dessus, seule la consommation d'alcool et non celle de tabac ou de marijuana, est associée, modestement mais significativement, au soutien parental ( $RC = 0.94, p < .05$ ). Or, les comportements de contrôle de poids sont également associés au

soutien parental ( $RC = 0.95, p < .05$ ). Les jeunes filles de 12-13 ans faisant l'usage soit de la diète, de l'exercice ou d'autres méthodes pour contrôler leur poids reçoivent moins de soutien de la part de leurs parents. Afin de tester l'hypothèse selon laquelle le soutien parental puisse être la source commune de l'association entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes, une stratégie basée sur la régression logistique a été adoptée.

Une première analyse a été effectuée pour vérifier si les comportements de contrôle de poids prédisent, de façon indépendante c'est-à-dire sans l'inclusion du soutien parental dans l'équation, la consommation d'alcool à 14-15 ans. Une deuxième analyse a permis de tester si l'association entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes était complètement expliquée par le soutien parental. Dans ce deuxième modèle, on intègre à la fois les comportements de contrôle de poids et le soutien parental. Il est à noter que les mêmes variables de contrôle (SSE, degré initial de consommation, symptômes intériorisés, impulsivité) ont été conservées au sein des deux analyses.

La première analyse indique que les comportements de contrôle de poids sont effectivement un prédicteur de la consommation d'alcool ( $RC = 1.76, p < .01$ ). La deuxième analyse montre que lorsque l'on intègre dans le modèle à la fois les comportements de contrôle de poids et le soutien parental, le paramètre représentant l'effet des comportements de contrôle de poids sur la consommation d'alcool ( $\beta = 0.54$ ;  $ES = 0.19$ ) est pratiquement identique à celui obtenu dans l'analyse initiale dans laquelle seuls les comportements de contrôle de poids avaient été considérés ( $\beta = 0.56$ ;  $ES = 0.19$ ). En effet, la différence étant de seulement 4% entre les deux modèles ( $54-56/54$ ),

cette différence n'est pas suffisamment importante pour envisager l'hypothèse selon laquelle le soutien parental explique entièrement la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes. Conséquemment, cette hypothèse alternative est rejetée.

## Discussion

L'objectif général de ce mémoire était d'évaluer le lien prospectif entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana chez de jeunes adolescentes canadiennes, au-delà des variables d'ordre personnel et familial possiblement confondantes. De plus, nous étions particulièrement intéressés à examiner le rôle modérateur du soutien parental sur cette association. Trois hypothèses furent proposées: 1) les jeunes filles manifestant des comportements de contrôle de poids à 12 et 13 ans sont plus à risque de consommer du tabac, de l'alcool et de la marijuana à 14 et 15 ans, au-delà des variables contrôlées, 2) le soutien parental exerce un effet modérateur sur la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes et 3) le soutien parental exerce un effet unique et additif sur la consommation de psychotropes. Un devis longitudinal fut utilisé afin d'examiner le pouvoir prédictif des comportements de contrôle et du soutien parental sur l'augmentation de la consommation de psychotropes de 12-13 ans à 14-15 ans.

### *Comportements de contrôle de poids et consommation de psychotropes*

La première hypothèse à l'étude est soutenue: les jeunes filles adoptant des comportements de contrôle de poids à 12-13 ans disent avoir consommé davantage du tabac, de l'alcool et de la marijuana à 14-15 ans que leurs pairs n'ayant pas de soucis de contrôle de poids. Ces résultats corroborent plusieurs études transversales démontrant un lien concomitant entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de ces trois substances (Crow et al., 2006; Dowdell, 2002; Kanaan & Afifi, in press; Shisslak et al., 1998). Ces résultats sont également conformes aux études longitudinales

ayant décelé un lien prédictif entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de tabac et d'alcool (Austin & Gortmaker, 2001; French et al., 1994; Krahn et al., 1996). La présente étude est, à notre connaissance, la première à démontrer le pouvoir prédictif des comportements de contrôle de poids sur la consommation de marijuana.

La présente étude a également observé la relation prospective entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes, au-delà du soutien parental. En effet, plusieurs études ont montré que le faible degré de cohésion familiale, de soutien parental et de supervision de même que le niveau élevé de conflits au sein de la famille étaient des facteurs de risque tant pour l'adoption de comportements de contrôle de poids (Byely, Archibald, Graber, & Brooks-Gunn, 2000; Cachelin, Weiss, & Garbanati, 2003; Croll et al., 2002) que pour la consommation de psychotropes (Denton & Kampfe, 1994; Measelle, Stice, & Springer, 2006; Pires & Jenkins, 2007; Stice & Barrera, 1995). Or, les résultats de la présente étude montrent que le lien entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes subsiste au-delà du soutien parental. Ainsi, il semble que le manque de soutien parental ne soit pas une source commune de l'association entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes.

Le lien prédictif entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes, qui subsiste après contrôle de variables personnelles (symptômes intériorisés et impulsivité), va à l'encontre des modèles théoriques que sont l'hypothèse de l'auto-médication et le *multi-impulsivist model*. Dans un premier temps, selon l'hypothèse de l'auto-médication, les jeunes filles manifestant des comportements



de contrôle de poids consommeraient des psychotropes dans le but d'apaiser leur souffrance émotionnelle (Wolfe & Maisto, 2000). Cet axiome est appuyé par les nombreuses études ayant démontré que les symptômes intériorisés (symptômes d'anxiété et de dépression) sont associés tant aux comportements de contrôle de poids qu'à la consommation de psychotropes (Chabrol et al., 2008; Crow et al., 2006; Neumark-Sztainer et al., 1998; Wagner, 1993). La présente étude indique que le lien entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes subsiste malgré l'inclusion du degré de symptômes intériorisés dans l'analyse.

Qui plus est, nos résultats indiquent une relation négative entre les symptômes intériorisés et la consommation d'alcool: plus les jeunes filles présentaient des symptômes intériorisés à 12-13 ans, moins elles disent avoir consommé de l'alcool à 14-15 ans. Bien qu'un lien positif entre la manifestation de symptômes intériorisés et la consommation d'alcool chez les adolescents ait été fréquemment rapporté (Simantov et al., 2000; Wu et al., 2006), plusieurs études ont démontré une telle association négative (Fisher, Miles, Austin, Camargo, & Colditz, 2007; Stice, Myers, & Brown, 1998). Une des façons d'expliquer ce résultat réside dans le phénomène de la désirabilité sociale. En effet, l'alcool étant souvent consommée en situation de groupe (p.ex. lors d'une fête entre amis; Beck et al., 2008; Dolcini & Adler, 1994), les jeunes filles manifestant des symptômes dépressifs ou anxieux, étant moins portées aux regroupements sociaux, pourraient être ainsi moins exposées aux événements propices à l'initiation et/ou la consommation de psychotropes.

Dans un deuxième temps, le *multi-impulsivist model* explique la co-occurrence des comportements de contrôle de poids et de la consommation de psychotropes par la

présence d'un tempérament impulsif (Benjamin & Wulfert, 2005). En effet, plusieurs études ont démontré qu'un tempérament impulsif est associé, à l'adolescence et au début de l'âge adulte, tant à la manifestation de comportements de contrôle de poids (Nederkoorn et al., 2004) qu'à la consommation de psychotropes (Grau & Ortet, 1999; Soloff et al., 2000; Thompson et al., 2006). Or, dans la présente étude, l'association positive entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes demeure malgré l'inclusion d'une variable reflétant l'impulsivité. Il est intéressant de souligner que cette variable est toutefois un prédicteur de la consommation des trois substances ciblées dans la présente étude. Ces résultats sont conformes à plusieurs études transversales démontrant une association entre l'impulsivité et la consommation de drogues en général (Grau & Ortet, 1999; McGue et al., 2001; Soloff et al., 2000; Thompson et al., 2006; Wagner, 1993).

La relation prospective entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes pourrait toutefois être expliquée par d'autres variables personnelles, d'origine cognitive et/ou biologique. D'abord, par rapport à la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de tabac, plusieurs auteurs ont constaté que bon nombre d'adolescents contrôlant leur poids consomment également la cigarette car ils croient en son pouvoir amaigrissant (Abrantes et al., 2006; Cachelin et al., 2003; Cavallo, Duhig, McKee, & Krishnan-Sarin, 2006; Klesges, Elliott, & Robinson, 1997; Robinson, Klesges, Zbikowski, & Glaser, 1997). Kendzor et al. (2007) rapportent que plus de 50% des enfants de 7 à 13 ans interrogés demeurent convaincus que les fumeurs sont plus minces et mangent moins que les non-fumeurs. L'étude de Dowdell (2002) indique que le tabagisme était, avec les régimes

amaigrissants, le moyen le plus fréquemment rapporté par les jeunes filles pour contrôler leur poids. À la lumière de ces informations, il est possible que les jeunes filles cherchant à contrôler leur poids à l'aide de diverses méthodes parfois radicales (vomissements, prise de laxatifs) décident d'intensifier leur démarche en commençant à fumer la cigarette. Toutefois, alors que le tabac semble être consommé par les jeunes dans le but de moins manger, la marijuana est, à l'opposé, une drogue stimulant l'appétit (Pisetsky, Chao, Dierker, May, & Striegel-Moore, 2008) qui est, elle aussi, davantage consommée par les jeunes manifestant des comportements de contrôle de poids. Ainsi, il semble que peu importe la nature de la drogue consommée, la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes demeure, ceci indiquant la possibilité que ces jeunes suivent réellement une tangente de comportements à risque.

Par conséquent, la seconde explication de la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana s'appuyant sur les fondements de la *Problem Behavior Theory* et le *Developmental Assessts* semble être la plus adéquate. En effet, ces modèles regroupent l'utilisation de comportements de contrôle de poids parmi un ensemble de comportements à risque à l'adolescence (Donovan & Jessor, 1985; Jessor et al., 1968). La présente analyse est conforme à ces deux modèles car les résultats obtenus soutiennent l'idée selon laquelle les adolescents qui contrôlent leur poids sont plus enclins à la déviance car ils s'engagent davantage dans des activités dommageables pour la santé tel que le fait de consommer des psychotropes. Tel que mentionné précédemment, ces adolescentes qui contrôlent leur poids sont aussi plus à risque de manifester des comportements sexuels à risque et de

faire des tentatives de suicide (Crow et al., 2006; Donovan, Jessor, & Costa, 1991; French et al., 1994; Neumark-Sztainer et al., 1998), en plus du risque de développer un trouble alimentaire (Marchi & Cohen, 1990; Neumark-Sztainer et al., 1995; Patton et al., 1990; Shisslak et al., 1995; Stice et al., 1999).

*Soutien parental, potentiel modérateur*

La présente étude visait également à analyser le rôle potentiellement modérateur du soutien parental sur la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes à l'adolescence. Spécifiquement, la deuxième hypothèse affirmait que le manque de soutien parental modérerait à la hausse le lien entre ces deux variables. Cette hypothèse découlait du fait que d'autres variables familiales telles la supervision et l'engagement parental exercent un effet protecteur sur la relation entre certains comportements alimentaires à risque et la consommation de psychotropes à l'adolescence (Watts & Ellis, 1992). En outre, plusieurs études ont indiqué que le soutien parental exerçait un effet protecteur sur l'influence qu'ont les pairs déviants sur la délinquance et la consommation future de psychotropes des adolescents (Frauenglass, Routh, Pantin, & Mason, 1997; Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2000).

Les résultats de la présente étude ne soutiennent pas la deuxième hypothèse car aucun effet d'interaction n'a été détecté entre le soutien parental et les variables ciblées. Toutefois, le soutien parental est négativement associé aux comportements de contrôle de poids à 12-13 ans ainsi qu'à la consommation d'alcool à 14-15 ans. L'effet modérateur envisagé n'ayant pas été trouvé, il est possible que d'autres variables influencent la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation

de psychotropes. Certains auteurs stipulent que le manque de soutien parental implique également un manque de supervision parentale, augmentant ainsi le risque que leurs enfants s'affilient à des pairs consommateurs (Hoffmann, 1995; Measelle, Stice, & Springer, 2006). En effet, plusieurs études ont démontré une association entre le manque de supervision parentale et la consommation de psychotropes à l'adolescence (Simons-Morton, 2004; Stice & Barrera, 1995; White, Johnson, & Buyske, 2000).

D'autres part, les jeunes filles manifestant des comportements de contrôle de poids étant grandement influencées par l'acceptation, les jugements et la pression venant de leurs pairs (Field et al., 2001; Neumark-Sztainer et al., 1998; Paxton, Schutz, Wertheim, & Muir, 1999; Shisslak et al., 1998; Wertheim, Paxton, Schutz, & Muir, 1997), il se peut qu'elles aient plus tendance à suivre leurs pairs déviants, notamment lorsque ceux-ci s'adonnent à des activités à risque telles la consommation de psychotropes. Il serait ainsi intéressant d'analyser l'influence qu'a le soutien parental sur la relation entre l'influence des pairs et la consommation de psychotropes. Cela permettrait de vérifier si les résultats des études ayant montré que le soutien parental réduit l'influence des pairs déviants, notamment en ce qui a trait à la délinquance et à la consommation de psychotropes (Frauenglass et al., 1997; Vitaro et al., 2000), se généralisent aux jeunes filles manifestant des comportements de contrôle de poids.

#### *Soutien parental et consommation de psychotropes*

La présente étude avait également pour but de vérifier si le manque de soutien parental prédisait la consommation de psychotropes des adolescents. Ainsi, la seconde hypothèse stipulait que le manque de soutien parental exercerait un effet unique et

additif sur la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana des adolescentes à 14-15 ans. Cette hypothèse découlait des nombreuses études ayant montré que la perception du manque de soutien parental était positivement associée à la consommation de psychotropes à l'adolescence (Jessor & Jessor, 1975; Measelle, Stice, & Springer, 2006; Pires & Jenkins, 2007; Stice & Barrera, 1995). Or, nos analyses révèlent que seule la consommation d'alcool est associée négativement au soutien parental, appuyant ainsi plusieurs études (Barnes & Farrell, 1992; Barnes et al., 2000; Simantov et al., 2000; Windle, 1992).

Tel qu'expliqué précédemment, les moments propices à l'initiation à la consommation d'alcool chez les adolescents semblent être lors d'événements au cours desquels les jeunes se rassemblent et explorent de nouvelles expériences (Beck et al., 2008; Dolcini & Adler, 1994). En outre, bon nombre d'adolescents rapportent qu'ils consomment de l'alcool dans le but de faciliter leurs interactions sociales (Beck, Thombs, Mahoney, & Fingar, 1995; Pavis, Cunningham-Burley, & Amos, 1997; Thombs et al., 1994). Ainsi, il se peut que les jeunes filles recevant moins de soutien de la part de leurs parents aient un plus grand besoin d'acceptation et de soutien venant de leurs pairs, ceci augmentant l'influence des pairs et leurs risques d'être davantage initiées à l'alcool, une drogue fréquemment consommée lors de fête d'amis à l'adolescence et facilitant les contacts avec les pairs.

À l'opposé d'autres études (Measelle, Stice, & Springer, 2006; Pires & Jenkins, 2007; Stice & Barrera, 1995), nos résultats ne démontrent pas de lien entre le soutien parental et la consommation de tabac et de marijuana. Toutefois, contrairement à ces études ayant utilisé des échantillons de jeunes âgés de 10 à 17 ans, notre échantillon était

constitué de jeunes filles en début d'adolescence et qui ont rapporté que l'alcool était la substance qu'elles consommaient le plus fréquemment. Conséquemment, il est possible que la plus grande popularité de l'alcool en début d'adolescence explique l'effet observé pour cette substance et non pour le tabac et la marijuana.

#### *Forces et limites de l'étude*

La principale force de la présente étude est l'utilisation d'une grande enquête longitudinale nationale représentative de la population canadienne, permettant ainsi de faire de l'inférence statistique et de généraliser les résultats. De plus, l'utilisation de poids longitudinaux a permis de conserver la représentativité de notre échantillon malgré l'attrition entre le cycle 2 (12-13 ans) et le cycle 3 (14-15 ans). L'emploi d'un devis prospectif constitue une seconde force de l'étude car les résultats permettent de constater que les comportements de contrôle de poids sont des précurseurs de la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana. De plus, la présente étude est la seule, à notre connaissance, à avoir intégré des variables personnelles (symptômes intériorisés et impulsivité) au sein de son modèle, tout en contrôlant pour la consommation initiale et le statut socioéconomique. Les résultats suggèrent que les jeunes filles qui contrôlent leur poids ne le font ni pour apaiser leurs symptômes dépressifs ou anxieux (hypothèse de l'auto-médication) ni parce qu'elles sont impulsives (*multi-impulsivist model*).

La présente étude comporte certaines limites dont le lecteur doit tenir compte lors de l'interprétation des résultats. Une première limite concerne les répondants partiels, c'est-à-dire, les jeunes n'ayant pas répondu uniformément à toutes les questions sélectionnées pour la présente étude et ayant été exclus de l'analyse. En effet, les

résultats ont révélé que les filles ayant été retirées de l'échantillon possédaient moins de soutien de la part de leurs parents, utilisaient moins de comportements de contrôle de poids et consommaient moins d'alcool que les répondants globaux. Il est donc possible que les résultats obtenus dans la présente étude soient amplifiés ou affaiblis dépendamment des variables étudiées.

Dans un deuxième temps, bien que l'utilisation d'une enquête nationale représente un avantage certain, il n'en demeure pas moins que ce type d'enquête ne dispose habituellement pas de mesures exhaustives, c'est-à-dire de mesures permettant l'analyse approfondie des phénomènes étudiés. À titre d'exemple, la présente étude a mesuré les comportements de contrôle de poids à l'aide d'une seule question comprenant cinq choix de réponses. Cette question différait de celle du *Youth Risk Behavior Survey* dont la question originale permettait aux répondants d'inscrire « oui » ou « non » pour chacun des comportements de contrôle de poids énoncés. Dans le cas de la présente étude, les jeunes filles n'avaient d'autres choix que de sélectionner l'un des comportements de contrôle de poids parmi les cinq choix de réponses. Malgré cette différence au niveau de la mesure, les résultats de la présente étude sont similaires aux résultats d'autres études ayant utilisé la question originale du *Youth Risk Behavior Survey* (Garry et al., 2003; Krowchuk et al., 1998; Middleman et al., 1998; Neumark-Sztainer et al., 1998).

Dans le même ordre d'idées, la consommation des jeunes filles a été mesurée en discriminant les adolescentes n'ayant jamais consommé de tabac, d'alcool ou de marijuana (non consommatrices) de celles en ayant consommé, même juste une fois ou plus (consommatrices). Encore une fois, la question relative à la fréquence de



consommation des trois drogues comportant cinq choix de réponses (et non cinq questions indépendantes) la présente étude n'a pu évaluer l'effet qu'ont les comportements de contrôle de poids sur la « fréquence » de consommation des jeunes. Toutefois, plusieurs études ont montré que l'expérimentation de psychotropes, au même titre que la consommation régulière de psychotropes, est associée à la manifestation de comportements de contrôle de poids chez les adolescents (Abrantes et al., 2006; Austin & Gortmaker, 2001; French et al., 1994; Tomeo, Field, Berkey, Colditz, & Frazier, 1999). Ainsi, à moins de nourrir un intérêt particulier par rapport aux différentes fréquences de consommation des jeunes, la mesure utilisée dans la présente étude semble adéquate.

D'autre part, la mesure d'impulsivité consistait en une seule question tirée de la sous-échelle mesurant le degré d'hyperactivité des jeunes (*je suis impulsif(ve), j'agis sans réfléchir*). Néanmoins, il est intéressant de noter que nos résultats sont fidèles aux résultats de nombreuses études ayant utilisé des échelles d'impulsivité plus complexes (Grau & Ortet, 1999; McGue et al., 2001; Soloff et al., 2000; Thompson et al., 2006). On peut donc avancer que la mesure d'impulsivité employée est à la fois parcimonieuse et valide.

Une autre limite de l'étude concerne l'utilisation de questionnaires exclusivement auto-rapportés, ceci pouvant induire des biais de répondant. Cependant, il semble que les questionnaires auto-rapportés sont des sources fiables d'information en ce qui a trait aux comportements alimentaires à risque, car les jeunes manifestant ce genre de comportements ont plutôt tendance à les dissimuler aux gens de leur entourage (Hoek & van Hoeken, 2003). L'emploi d'un questionnaire auto-rapporté pour mesurer la

consommation de psychotropes des jeunes est également considéré comme un moyen valide d'obtenir l'information. En effet, la majorité des études épidémiologiques et des études sur l'usage de la drogue chez les jeunes utilisent ce type de questionnaire parce qu'il est peu probable que les parents connaissent l'existence et/ou l'ampleur de la consommation chez leurs adolescents (Pires & Jenkins, 2007).

En ce qui concerne la mesure du soutien parental, bon nombre d'études ayant évalué le rôle de cette variable sur l'apparition des comportements de contrôle de poids et de la consommation de psychotropes ont utilisé des mesures auto-rapportées par le jeune (Byely et al., 2000; Measelle, Stice, & Springer, 2006; Simantov et al., 2000). En effet, plusieurs auteurs s'entendent sur le fait que c'est la perception qu'a le jeune de sa relation avec ses parents qui est fondamentale, peu importe son exactitude (Fletcher, Steinberg, & Williams-Wheeler, 2004; Pires & Jenkins, 2007).

Finalement, nous n'avons pas contrôlé pour la consommation de psychotropes des parents, une variable pouvant influencer la consommation des jeunes (Vitaro et al., 2004; White et al., 2000). Nos résultats ne devraient pas en être affectés de manière substantielle étant donné que le niveau initial de consommation des jeunes ainsi que le statut socio-économique des parents ont été intégrés dans les analyses à des fins de contrôles. En outre, la mesure du statut socio-économique au sein de l'ELNEJ est une mesure des plus complète car elle est calculée à l'aide de cinq sources : le niveau d'éducation de la PCME, le niveau d'éducation du conjoint, le prestige de la profession de la PCME, le prestige de la profession du conjoint et le revenu du ménage (Statistique Canada, 1995) qui sont des aspects souvent reliés au degré de consommation des parents. Le statut socio-économique des parents est d'ailleurs fréquemment utilisé

comme variable de contrôle dans plusieurs études portant sur la consommation des jeunes (Bogenschneider, Wu, Raffaelli, & Tsay, 1998; French et al., 1994; Kendzor et al., 2007; Vitaro et al., 2004).

#### *Études futures et pistes de réflexion*

La présente étude a permis de préciser la relation longitudinale entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana à l'adolescence. Les résultats appuient les nombreux auteurs préconisant une approche intégrant les comportements de contrôle de poids et les troubles alimentaires sur le même continuum de conduites alimentaires à risque (Rosen & Neumark-Sztainer, 1998; Shisslak et al., 1995). Que les comportements de contrôle de poids soient des facteurs de risque à la consommation de psychotropes, cela souligne l'importance de détecter ces comportements dès leur manifestation et d'agir rapidement afin d'éviter les nombreuses conséquences négatives qui leur sont associées.

Les comportements de contrôle de poids sont souvent associés à d'autres comportements dommageables pour la santé comme les comportements sexuels à risque et les tentatives suicidaires (Crow et al., 2006; Donovan et al., 1991; French et al., 1994; Lock et al., 2001; Neumark-Sztainer et al., 1998). En outre, sachant que ces jeunes filles sont également à risque de développer un trouble alimentaire (anorexie, boulimie, hyperphagie boulimique) et connaissant les difficultés que ce genre de psychopathologie implique, il est d'autant plus important de se préoccuper des comportements émergent tels les comportements de contrôle de poids.

L'influence du manque de soutien parental sur la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes n'a pas été démontrée. Cependant, d'autres facteurs telle la supervision parentale pourraient néanmoins exercer un effet modérateur sur le lien entre le soutien parental et la consommation des jeunes. Il serait donc intéressant de vérifier l'impact qu'a la supervision parentale sur la consommation de jeunes filles manifestant des comportements de contrôle de poids. Aussi, sachant que les habitudes des parents en ce qui a trait à l'alimentation et à la consommation de psychotropes influencent l'adoption de comportements sains/malsains des adolescents, il serait également intéressant d'analyser le rôle modérateur de ces facteurs sur la relation entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes. En identifiant les variables familiales exerçant une influence sur les conséquences associées aux comportements de contrôle de poids, de meilleures interventions préventives et curatives pourraient être mises sur pied telles que les interventions centrées sur la famille. D'ailleurs, ce type d'intervention est efficace dans le traitement des jeunes filles souffrant d'un trouble alimentaire (Eisler et al., 2000; le Grange, Crosby, Rathouz, & Leventhal, 2007).

Il apparaît évident que l'influence des pairs demande à être investiguée au sein des études futures. Les jeunes filles manifestant des comportements de contrôle de poids étant souvent préoccupées par le jugement de leurs pairs, il serait pertinent d'inclure dans de futures analyses des variables relatives à la consommation des pairs. En plus, il serait intéressant d'approfondir la relation entre le manque de soutien parental et l'adhérence des jeunes filles à des groupes de pairs déviants pouvant potentiellement les mener à

consommer davantage de psychotropes et à manifester des comportements néfastes pour la santé.

En somme, les jeunes filles de 12-13 ans étant pour la plupart à l'aube de leur puberté, celles manifestant le besoin de contrôler leur poids débutent incontestablement leur adolescence de manière abrupte. L'image de soi étant grandement fondée sur la conscience corporelle et l'estime de soi sur la qualité que l'on s'attribue en tant qu'être humain, il est souhaitable de ne pas attendre que ces jeunes filles aient entamé une trajectoire à risque avant d'intervenir auprès d'elles. L'association entre les comportements de contrôle de poids et la consommation de psychotropes est inquiétante et soulève le besoin de sensibiliser les intervenants, enseignants et parents à ce phénomène. Les médias ne cessant de projeter des images rendant l'idéal de minceur impossible à atteindre et les jeunes filles s'y conformant n'étant jamais satisfaites de leur silhouette, il est grand temps de développer des programmes préventifs efficaces.

## Références

- Abrantes, A. M., Strong, D. R., Ramsey, S. E., Lewinsohn, P. M., & Brown, R. A. (2006). Characteristics of dieting and nondieting adolescents in a psychiatric inpatient setting. *Journal of Child and Family Studies, 15*(4), 419-433.
- Austin, S. B., & Gortmaker, S. L. (2001). Dieting and smoking initiation in early adolescent girls and boys: A prospective study. *American Journal of Public Health, 91*(3), 446-450.
- Barnes, G. M., & Farrell, M. P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of Marriage & the Family, 54*(4), 763-776.
- Barnes, G. M., Reifman, A. S., Farrell, M. P., & Dintcheff, B. A. (2000). The effects of parenting on the development of adolescent alcohol misuse: A six-wave latent growth model. *Journal of Marriage & the Family, 62*(1), 175-186.
- Beck, K. H., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., O'Grady, K. E., & Wish, E. D. (2008). Social context of drinking and alcohol problems among college students. *American Journal of Health Behavior, 32*(4), 420-430.
- Beck, K. H., Thombs, D. L., Mahoney, C. A., & Fingar, K. M. (1995). Social context and sensation seeking: Gender differences in college student drinking motivations. *International Journal of the Addictions, 30*(9), 1101-1115.
- Benjamin, L., & Wulfert, E. (2005). Dispositional correlates of addictive behaviors in college women: Binge eating and heavy drinking. *Eating Behaviors, 6*(3), 197-209.
- Bogenschneider, K., Wu, M.-y., Raffaelli, M., & Tsay, J. C. (1998). Parent influences on adolescent peer orientation and substance use: The interface of parenting practices and values. *Child Development, 69*(6), 1672-1688.

- Brook, J. S., Whiteman, M., Gordon, A. S., Nomura, C., et al. (1986). Onset of adolescent drinking: A longitudinal study of intrapersonal and interpersonal antecedents. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 5(3), 91-110.
- Byely, L., Archibald, A. B., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 155-164.
- Cachelin, F. M., Weiss, J. W., & Garbanati, J. A. (2003). Dieting and its relationship to smoking, acculturation, and family environment in Asian and Hispanic adolescents. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 11(1), 51-61.
- Cavallo, D. A., Duhig, A. M., McKee, S., & Krishnan-Sarin, S. (2006). Gender and weight concerns in adolescent smokers. *Addictive Behaviors*, 31(11), 2140-2146.
- Chabrol, H., Chauchard, E., & Girabet, J. (2008). Cannabis use and suicidal behaviours in high-school students. *Addictive Behaviors*, 33(1), 152-155.
- Cook, S. J., MacPherson, K., & Langille, D. B. (2007). Far from ideal: Weight perception, weight control, and associated risky behaviour of adolescent girls in Nova Scotia. *Canadian Family Physician*, 53(4), 679-684.
- Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166-175.
- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Psychosocial and behavioral correlates of dieting among overweight and non-overweight adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 569-574.
- Denton, R. E., & Kampfe, C. M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: A literature review. *Adolescence*, 29(114), 475-495.

- Dolcini, M. M., & Adler, N. E. (1994). Perceived competencies, peer group affiliation, and risk behavior among early adolescents. *Health Psychology, 13*(6), 496-506.
- Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*(6), 890-904.
- Donovan, J. E., Jessor, R., & Costa, F. M. (1991). Adolescent health behavior and conventionality-unconventionality: An extension of problem-behavior theory. *Health Psychology, 10*(1), 52-61.
- Dowdell, E. B. (2002). Urban seventh graders and smoking: A health risk behavior assessment. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 25*(4), 217-229.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E., & Le Grange, D. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: The results of a controlled comparison of two family interventions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines 41*(6), 727-736.
- Ellickson, P. L., & Hays, R. D. (1991). Antecedents of drinking among young adolescents with different alcohol use histories. *Journal of Studies on Alcohol, 52*(5), 398-408.
- Field, A. E., Austin, S. B., Frazier, A. L., Gillman, M. W., Camargo, C. A., Jr., & Colditz, G. A. (2002). Smoking, getting drunk, and engaging in bulimic behaviors: In which order are the behaviors adopted? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(7), 846-853.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Jr., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics, 107*(1), 54-60.



- Fisher, L. B., Miles, I. W., Austin, S. B., Camargo, C. A., Jr., & Colditz, G. A. (2007). Predictors of initiation of alcohol use among US adolescents: Findings from a prospective cohort study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 161*(10), 959-966.
- Fletcher, A. C., Steinberg, L., & Williams-Wheeler, M. (2004). Parental influences on adolescent problem behavior: Revisiting Stattin and Kerr. *Child Development, 75*(3), 781-796.
- Frauenglass, S., Routh, D. K., Pantin, H. M., & Mason, C. A. (1997). Family support decreases influence of deviant peers on Hispanic adolescents' substance use. *Journal of Clinical Child Psychology, 26*(1), 15-23.
- French, S. A., Leffert, N., Story, M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P., & Benson, P. L. (2001). Adolescent binge/purge and weight loss behaviors: Associations with developmental assets. *Journal of Adolescent Health, 28*(3), 211-221.
- French, S. A., Perry, C. L., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (1994). Weight concerns, dieting behavior, and smoking initiation among adolescents: A prospective study. *American Journal of Public Health, 84*(11), 1818-1820.
- Fristad, M. A., & Clayton, T. L. (1991). Family dysfunction and family psychopathology in child psychiatry outpatients. *Journal of Family Psychology, 5*(1), 46-59.
- Garry, J. P., Morrissey, S. L., & Whetstone, L. M. (2003). Substance use and weight loss tactics among middle school youth. *International Journal of Eating Disorders, 33*(1), 55-63.
- Grau, E., & Ortet, G. (1999). Personality traits and alcohol consumption in a sample of non-alcoholic women. *Personality and Individual Differences, 27*(6), 1057-1066.
- Hartup, W. W. (1978). Perspectives on child and family interaction: Past, present, and future. In R. M. Lerner & G. B. Spanier (Eds.), *Child influences on marital and*

- family interaction: A life-span perspective (pp. 23-46)*. San Francisco: Academic Press.
- Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396.
- Hoffmann, J. P. (1995). The effects of family structure and family relations on adolescent marijuana use. *International Journal of the Addictions*, 30(10), 1207-1241.
- Honjo, K., & Siegel, M. (2003). Perceived importance of being thin and smoking initiation among young girls. *Tobacco Control*, 12(3), 289-295.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jessor, R., Graves, T. D., & Hanson, R. C. (1968). *Society, personality, and deviant behavior: A study of a tri-ethnic community*. Oxford, England: Holt, Rinehart, and Winston.
- Jessor, R., & Jessor, S. I. (1975). Adolescent development and the onset of drinking: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 27-51.
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552.
- Kanaan, M. N., & Afifi, R. A. (in press). Gender differences in determinants of weight-control behaviours among adolescents in Beirut. *Public Health Nutrition*
- Kaufman, A. R., & Augustson, E. M. (2008). Predictors of regular cigarette smoking among adolescent females: Does body image matter? *Nicotine & Tobacco Research*, 10(8), 1301-1309.

- Kendzor, D. E., Copeland, A. L., Stewart, T. M., Businelle, M. S., & Williamson, D. A. (2007). Weight-related concerns associated with smoking in young children. *Addictive Behaviors, 32*(3), 598-607.
- Klesges, R. C., Elliott, V. E., & Robinson, L. A. (1997). Chronic dieting and the belief that smoking controls body weight in a biracial, population-based adolescent sample. *Tobacco Control, 6*(2), 89-94.
- Koval, J. J., Pederson, L. L., Zhang, X., Mowery, P., & McKenna, M. (2008). Can young adult smoking status be predicted from concern about body weight and self-reported BMI among adolescents? Results from a ten-year cohort study. *Nicotine & Tobacco Research, 10*(9), 1449-1455.
- Krahn, D., Piper, D., King, M., Olson, L., Kurth, C., & Moberg, D. P. (1996). Dieting in sixth grade predicts alcohol use in ninth grade. *Journal of Substance Abuse, 8*(3), 293-301.
- Krowchuk, D. P., Kreiter, S. R., Woods, C. R., Sinal, S. H., & Durant, R. H. (1998). Problem dieting behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 152*, 884-888.
- le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J., & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 64*(9), 1049-1056.
- Leffert, N., Benson, P. L., Scales, P. C., Sharma, A. R., Drake, D. R., & Blyth, D. A. (1998). Developmental assets: Measurement and prediction of risk behaviors among adolescents. *Applied Developmental Science, 2*(4), 209-230.
- Lock, J., Reisel, B., & Steiner, H. (2001). Associated health risks of adolescents with disordered eating: how different are they from their peers? Results from a high school survey. *Child Psychiatry & Human Development, 31*(3), 249-265.

- Loxton, N. J., & Dawe, S. (2001). Alcohol abuse and dysfunctional eating in adolescent girls: The influence of individual differences in sensitivity to reward and punishment. *International Journal of Eating Disorders, 29*(4), 455-462.
- Marchi, M., & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 29*(1), 112-117.
- McGue, M., Iacono, W. G., Legrand, L. N., Malone, S., & Elkins, I. (2001). Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 25*(8), 1156-1165.
- McKay, J. R., Murphy, R. T., Rivinus, T. R., & Maisto, S. A. (1991). Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30*(6), 967-972.
- Measelle, J. R., Stice, E., & Springer, D. W. (2006). A prospective test of the negative affect model of substance abuse: Moderating effects of social support. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(3), 225-233.
- Middleman, A. B., Vazquez, I., & Durant, R. H. (1998). Eating patterns, physical activity, and attempts to change weight among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 22*(1), 37-42.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Bader, M., & Halfon, O. (2005). Assessing attachment cognitions and their associations with depression in youth with eating or drug misuse disorders. *Substance Use & Misuse, 40*, 605-623.
- Molina, B. S. G., Smith, B. H., & Pelham, W. E. (1999). Interactive effects of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on early adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors, 13*(4), 348-358.

- Nederkorn, C., Van Eijs, Y., & Jansen, A. (2004). Restrained eaters act on impulse. *Personality and Individual Differences, 37*(8), 1651-1658.
- Neumark-Sztainer, D., Butler, R., & Palti, H. (1995). Dieting and binge eating: Which dieters are at risk? *Journal of the American Dietetic Association, 95*(5), 586-589.
- Neumark-Sztainer, D., & Hannan, P. J. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys: Results from a national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 154*(6), 569-577.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Dixon, L. B., & Murray, D. M. (1998). Adolescents engaging in unhealthy weight control behaviors: Are they at risk for other health-compromising behaviors? *American Journal of Public Health, 88*(6), 952-955.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., Falkner, N. H., Beuhring, T., & Resnick, M. D. (1999). Sociodemographic and personal characteristics of adolescents engaged in weight loss and weight/muscle gain behaviors: Who is doing what? *Preventive Medicine, 28*, 40-50.
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., & French, S. A. (1996). Covariations of unhealthy weight loss behaviors and other high-risk behaviors among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 150*(3), 304-308.
- Patton, G., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A., et al. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: A prospective epidemiological study. Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine, 20*(2), 383-394.
- Patton, G. C., Carlin, J. B., Coffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M., & Bowes, G. (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: A prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health, 88*(10), 1518-1522.
- Pavis, S., Cunningham-Burley, S., & Amos, A. (1997). Alcohol consumption and young people: Exploring meaning and social context. *Health Education Research, 12*(3), 311-322.

- Paxton, S. J., Schutz, H. K., Wertheim, E. H., & Muir, S. L. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extreme weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(2), 255-266.
- Pineo, P. C., Porter, J., & McRoberts, H. A. (1977). The 1971 census and the socioeconomic classification of occupations. *The Canadian Review of Sociology and Anthropology, 14*(1), 91-102.
- Pires, P., & Jenkins, M. J. (2007). A growth curve analysis of the joint influences of parenting affect, child characteristics and deviant peers on adolescent illicit drug use. *Journal of Youth and Adolescence, 36*, 169-183.
- Pisetsky, E. M., Chao, Y. M., Dierker, L. C., May, A. M., & Striegel-Moore, R. H. (2008). Disordered eating and substance use in high-school students: Results from the Youth Risk Behavior Surveillance System. *International Journal of Eating Disorders, 41*(5), 464-470.
- Rafiroiu, A. C., Sargent, R. G., Parra-Medina, D., Drane, W. J., & Valois, R. F. (2003). Covariations of adolescent weight-control, health-risk and health-promoting behaviors. *American Journal of Health Behavior, 27*(1), 3-14.
- Richards, M. H., Casper, R. C., & Larson, R. W. (1990). Weight and eating concerns among pre- and young adolescent boys and girls. *Journal of Adolescent Health Care, 11*(3), 203-209.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007). Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: Evidence from an epidemiologic survey. *Drug and Alcohol Dependence, 88*, S4-S13.
- Robinson, L. A., Klesges, R. C., Zbikowski, S. M., & Glaser, R. (1997). Predictors of risk for different stages of adolescent smoking in a biracial sample. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 65*(4), 653-662.

- Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Rosen, D. S., & Neumark-Sztainer, D. (1998). Reviews of options for primary prevention of eating disturbances among adolescents. *Journal of Adolescent Health, 23*(6), 354-363.
- Serdula, M. K., Collins, M. E., Williamson, D. F., Anda, R. F., Pamuk, E., & Byers, T. E. (1993). Weight control practices of U.S. adolescents and adults. *Annals of Internal Medicine, 119*(7 Pt 2), 667-671.
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders, 18*(3), 209-219.
- Shisslak, C. M., Crago, M., McKnight, K. M., Estes, L. S., Gray, N., & Parnaby, O. G. (1998). Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(3-4), 301-313.
- Simantov, E., Schoen, C., & Klein, J. D. (2000). Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 154*(10), 1025-1033.
- Simons-Morton, B. (2004). Prospective association of peer influence, school engagement, drinking expectancies, and parent expectations with drinking initiation among sixth graders. *Addictive Behaviors, 29*(2), 299-309.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Moss, H. B. (2000). Serotonin, impulsivity, and alcohol use disorders in the older adolescent: A psychobiological study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 24*(11), 1609-1619.
- Statistique Canada. (1995). *Enquête Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes. Matériel d'enquête - Cycle 1*. Ottawa.

- Statistique Canada. (1997). *Enquête Longitudinale Nationale sur les Enfants et les Jeunes. Matériel d'enquête - Cycle 2*. Ottawa.
- Statistique Canada. (1999). *National longitudinal survey of children and youth* (Vol. July 6 1999, Catalogue 11-001-XPE ed.). Ottawa.
- Stephenson, A. L., Henry, C. S., & Robinson, L. C. (1996). Family characteristics and adolescent substance use. *Adolescence, 31*(121), 59-77.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin 128*(5), 825-848.
- Stice, E., Agras, W. S., & Hammer, L. D. (1999). Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: A five-year prospective study. *International Journal of Eating Disorders, 25*(4), 375-387.
- Stice, E., & Barrera, M. (1995). A longitudinal examination of the reciprocal relations between perceived parenting and adolescents' substance use and externalizing behaviors. *Developmental Psychology, 31*(2), 322-334.
- Stice, E., Myers, M. G., & Brown, S. A. (1998). A longitudinal grouping analysis of adolescent substance use escalation and de-escalation. *Psychology of Addictive Behaviors, 12*(1), 14-27.
- Suls, J., & Green, P. (2003). Pluralistic ignorance and college student perceptions of gender-specific alcohol norms. *Health Psychology, 22*(5), 479-486.
- Thombs, D. L., Beck, K. H., Mahoney, C. A., Bromley, M. D., & Bezon, K. M. (1994). Social context, sensation seeking, and teen-age alcohol abuse. *Journal of School Health, 64*(2), 73-79.
- Thompson, L. L., Whitmore, E. A., Raymond, K. M., & Crowley, T. J. (2006). Measuring impulsivity in adolescents with serious substance and conduct problems. *Assessment, 13*(1), 3-15.



- Tomeo, C. A., Field, A. E., Berkey, C. S., Colditz, G. A., & Frazier, A. L. (1999). Weight concerns, weight control behaviors, and smoking initiation. *Pediatrics, 104*(4 Pt 1), 918-924.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(4), 313-325.
- Vitaro, F., Wanner, B., Brendgen, M., Gosselin, C., & Gendreau, P. L. (2004). Differential contribution of parents and friends to smoking trajectories during adolescence. *Addictive Behaviors, 29*(4), 831-835.
- Wagner, E. F. (1993). Delay of gratification, coping with stress, and substance use in adolescence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 1*(1-4), 27-43.
- Watts, D. W., & Ellis, A. M. (1992). Drug abuse and eating disorders: Prevention implications. *Journal of Drug Education, 22*(3), 223-240.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K., & Muir, S. L. (1997). Why do adolescent girls watch their weight? An interview study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research, 42*(4), 345-355.
- White, H. R., Johnson, V., & Buyske, S. (2000). Parental modeling and parenting behavior effects on offspring alcohol and cigarette use: A growth curve analysis. *Journal of Substance Abuse, 12*(3), 287-310.
- Wills, T. A. (1990). Multiple networks and substance use. *Journal of Social & Clinical Psychology, 9*(1), 78-90.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology, 28*, 522-530.
- Wittchen, H. U., Frohlich, C., Behrendt, S., Gunther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., et al. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to

mental disorders: A 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug & Alcohol Dependence*, 88(1), S60-70.

Wolfe, W. L., & Maisto, S. A. (2000). The relationship between eating disorders and substance use: Moving beyond co-prevalence research. *Clinical Psychology Review*, 20(5), 617-631.

Wu, P., Bird, H. R., Liu, X., Fan, B., Fuller, C., Shen, S., et al. (2006). Childhood depressive symptoms and early onset of alcohol use. *Pediatrics*, 118(5), 1907-1915.

Tableau I. Statistiques descriptives

Variables	Statistiques descriptives
<b>Consommation initiale de tabac</b>	
Non fumeurs	66.5%
Fumeurs	33.5%
<b>Consommation initiale d'alcool</b>	
Non buveurs	69%
Buveurs	31%
<b>Consommation initiale de marijuana</b>	
Non fumeurs	93%
Fumeurs	7%
<b>Impulsivité</b>	
Peu ou pas impulsifs	94.8%
Impulsifs	5.2%
Symptômes intériorisés	$\bar{X} = 3.89$ (ET = 3; MIN = 0; MAX = 11)
Statut socio économique	$\bar{X} = -0.001$ (ET = 0.81; MIN = -3.12; MAX = MIN = 2.5)
<b>Comportements de contrôle de poids</b>	
Ne contrôle pas son poids	47%
Contrôle son poids	53%
Soutien parental	$\bar{X} = 9.97$ (ET = 3.71; MIN = 0; MAX = 15)
<b>Consommation de tabac</b>	
Non fumeurs	73.2%
Fumeurs	26.8%
<b>Consommation d'alcool</b>	
Non buveurs	54.1%
Buveurs	45.9%
<b>Consommation de marijuana</b>	
Non fumeurs	69.2%
Fumeurs	30.8%

Tableau II. Matrice de corrélations

Variables	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Impulsivité	---	-0.25**	0.11**	-0.00	0.20**	0.15**	0.13**	-0.19**
2. SSE		---	0.01	0.08	-0.21**	-0.08	-0.18**	0.1*
3. Symptômes intériorisés			---	0.13**	0.07	-0.07	0.01	-0.33*
4. Comportements de contrôle de poids				---	0.12**	0.15**	0.14**	-0.12**
5. Consommation de tabac					---	0.46**	0.50**	-0.11**
6. Consommation d'alcool						---	0.52**	-0.13**
7. Consommation de marijuana							---	-0.12**
8. Soutien parental								---

\*  $p < 0,05$     \*\*  $p < 0,01$     \*\*\*  $p < 0,001$

Tableau III. Coefficients des régressions logistiques ( $\beta$ ), erreur standard (ES), rapports de chances (RC) et intervalles de confiance pour les prédicteurs de la consommation de tabac, d'alcool et de marijuana.

Variabes	$\beta$	ES	RC (95% IC)
<i>Tabac</i>			
SSE	-0.25	0.14	0.78 (0.59-1.02)
Impulsivité	1.07*	0.46	2.92 (1.19-7.15)
Symptômes intériorisés	0.03	0.04	1.03 (0.96-1.11)
Consommation initiale	2.24***	0.22	9.35 (6.04-14.49)
Contrôle de poids	0.56*	0.22	1.74 (1.13-2.69)
Soutien parental	0.02	0.03	1.02 (0.97-1.09)
Chi-carré du modèle	164.17		
R <sup>2</sup> de Nagelkerke	0.34		
<i>Alcool</i>			
SSE	-0.07	0.12	0.93 (0.74-1.17)
Impulsivité	1.6**	0.49	4.96 (1.9-12.96)
Symptômes intériorisés	-0.13***	0.03	0.88 (0.83-0.94)
Consommation initiale	1.88***	0.21	6.57 (4.37-9.86)
Contrôle de poids	0.54**	0.19	1.72 (1.19-2.47)
Soutien parental	-0.06*	0.03	0.94 (0.9-0.99)
Chi-carré du modèle	139.67		
R <sup>2</sup> de Nagelkerke	0.27		
<i>Marijuana</i>			
SSE	-0.36**	0.13	0.7 (0.54-0.89)
Impulsivité	1.00*	0.42	2.72 (1.21-6.14)
Symptômes intériorisés	-0.04	0.03	0.96 (0.9-1.03)
Consommation initiale	4.27***	0.85	71.66 (13.61-377.23)
Contrôle de poids	0.57**	0.2	1.77 (1.19-2.62)
Soutien parental	-0.03	0.03	0.97 (0.91-1.02)
Chi-carré du modèle	123.04		
R <sup>2</sup> de Nagelkerke	0.26		

\*  $p < 0,05$     \*\*  $p < 0,01$     \*\*\*  $p < 0,001$